



А. И. Захаров.

Психотерапия неврозов у детей и подростков.

Оглавление

Глава 1. Патогенетические обоснования психотерапии неврозов.....	2
Глава 2. Семья как патогенетически обуславливающий фактор неврозов у детей и подростков.....	6
Обследование семьи детей с неврозами.....	6
Прародительская семья и ее влияние на родительскую семью.....	7
Развитие детей до заболевания неврозом.....	9
Аntenатальные патогенные факторы.....	10
Перинатальные патогенные факторы.....	11
Постнатальные патогенные факторы.....	11
Личность родителей.....	15
Личностный опросник Айзенка.....	16
ММРІ (Миннесотский многопрофильный личностный опросник).....	17
Личностный опросник Кеттэла.....	19
Личностный опросник Лири.....	20
Методика незаконченных предложений.....	21
Методика Розенцвейга.....	21
Цветовая методика Люшера.....	22
Отношения в семье.....	22
Особенности воспитания.....	28

Патогенез неврозов у детей.....	31
Глава 3. Основные направления в психотерапии неврозов.....	35
Обзор отечественной литературы.....	35
Обзор зарубежной литературы.....	39
Глава 4. Семейная психотерапия.....	51
Глава 5. Индивидуальная психотерапия.....	57
Разъясняющая психотерапия.....	63
Применение психотерапии изобразительного творчества.....	66
Игровая терапия.....	74
Глава 6. Внушение и гипноз.....	81
Внушение наяву.....	81
Гипнотерапия.....	85
Глава 7. Групповая психотерапия.....	93
Заключение.....	107
Литература.....	109

Монография «Психотерапия неврозов у детей и подростков» — это подробное описание психотерапевтических методов лечения неврозов, работы с детьми и подростками, снабженное теоретическим обзором и иллюстративными примерами из практики автора.

Для психологов, психиатров, невропатологов, студентов указанных специальностей и всех интересующихся данной проблематикой.

Глава 1. Патогенетические обоснования психотерапии неврозов.

Психотерапия неврозов у детей и подростков включает диагностику взаимосвязанных невротических и личностных нарушений у всех членов семьи и соответствующую психотерапевтическую работу с больным ребенком и его непосредственным окружением. Поэтому в обзоре литературы мы остановимся вначале на основополагающих для отечественной психотерапии вопросах патогенеза неврозов в понимании В. Н. Мясищева и его школы.

Отправной точкой патогенеза невроза является реакция личности на психотравмирующие обстоятельства жизни. В этой связи представляет интерес мнение И. М. Балинского, который еще в конце прошлого века писал, что у каждого человека есть свой круг идей и чувствований, в которых преимущественно легко вызываются душевные волнения [Балинский И. М., 1958]. В. М. Бехтерев (1909) также считал патогенным фактором не только жизненные обстоятельства сами по себе, но и восприятие и отношение к ним больного, обусловленные его индивидуальностью и прошлым жизненным опытом. Е. Kretschmer (1927) относил переживания, способные вызывать характерные для личности реакции, к ключевым и отмечал, что характер и ключевое переживание подходят друг к другу, как ключ к замку.

Патогенетическая концепция неврозов В. Н. Мясищева основана на понимании личности как системы отношений. Для невроза как психогенной болезни личности исходным и определяющим является нарушение отношений, из которого вытекают нарушение переработки и расстройство психических функций в зависимости от того, как личность перерабатывает или переживает действительность. Поскольку патогенность внешних обстоятельств жизни проявляется лишь в сочетании с соответствующим значимым отношением к ним, то имеет значение не столько объективная трудность проблемы, сколько субъективное отношение к ней. Определяющую роль в патогенезе невроза играет психологический, т. е. внутренний, конфликт, который представляет собой несовместимость, столкновение противоречивых отношений личности. Присущие конфликту переживания становятся

источниками заболевания лишь в том случае, когда занимают центральное место в системе отношений личности и когда конфликт не может быть переработан так, чтобы исчезло патогенное напряжение и был найден рациональный, продуктивный выход из возникшего положения [Мясищев В. Н., 1934, 1939, 1960].

В работах учеников В. Н. Мясищева, Р. А. Зачепиского, В. К. Мягер, Б. Д. Карвасарского, Ю. Я. Тупицина и др. раскрывается диалектическое единство объективных и субъективных факторов возникновения и развития невротического конфликта. Психоаналитическим позициям, поиску «вытесненных» инстинктивных влечений как основы конфликта противопоставляется его анализ с позиций психологии отношений. Подчеркиваются хронический характер эмоционального стресса у больных с неврозами и наличие у них низкой стрессовой толерантности вследствие нарушений общей реактивности [Губачев Ю. М. и др., 1976]. Совместная роль психогенных и соматогенных факторов в возникновении неврозов всесторонне раскрыта В. К. Мягер (1976). Особое место среди стрессовых факторов занимает страх, обусловленный угрозой смерти для больного и близких ему лиц или опасениями утратить власть над своими мыслями и «потерять рассудок» [Немчин Т. А., 1965].

Субклиническое реагирование при неврозе представляет своеобразную «защитную» перестройку, направленную на нейтрализацию патогенного действия психической травмы [Бассин Ф. В. и др., 1979]. Сам невроз нередко выполняет функцию патологического приспособления к субъективно неприемлемым условиям микросреды [Губачев Ю. М., Либих С. С., 1977].

В патофизиологическом аспекте неврозов непреходящее значение имеют установленные И. П. Павловым закономерности перенапряжения нервных процессов и их «сшибки», появления застойных очагов и фазовых состояний. При неврозах изменяется состояние сигнальных систем [Вольперт И. Е., 1972], расстраиваются функции интегративных систем мозга, среди которых, наряду с корой больших полушарий головного мозга, существенная роль отводится лимбико-ретикулярному комплексу [Карвасарский Б. Д., 1980].

В последнее двадцатилетие возросло внимание к проблемам семьи. В социологии и социальной психологии она рассматривается как основанная на браке и родстве малая группа [Харчев А. Г., 1961], отношения в которой существенным образом сказываются на психическом здоровье ее членов [Янкова З. А., 1970, 1979; Гаврилова Н. В., 1971; Голод С. И., 1971; Файнбург З., 1972; Васильева Э. К., 1975; Чечот Д. М., 1976; Обозов Н. П., 1979].

Многими авторами доказано отрицательное влияние длительной психотравмирующей ситуации в семье на формирование характера и личности детей и подростков [Гиндикин В. Я., 1961; Кербинов О. В., 1962; Зюбин Л. М., 1966; Трифонов О. А., 1967; Ковалев В. В., 1968; Баерюнас З. В., 1968; Александров А. А., 1974; Эйдемиллер Э. Г., 1973; Личко А. Е., 1977]. В связи с этим подчеркивается неблагоприятная роль неполной семьи [Осипова Е. А., 1932; Ушаков Г. К., 1966], а также алкоголизма родителей [Строгонов Ю. А., Капанадзе В. Г., 1978].

При неврозах семейно-бытовые патогенные ситуации являются преобладающими [Мясищев В. Н., Карвасарский Б. Д., 1967]. 80% психотравмирующих ситуаций, ведущих к развитию этого заболевания, связаны с хроническими и неразрешимыми конфликтными отношениями между членами семьи [Мягер В. К., 1973]. В основе невротических конфликтов, носящих субъективный характер, лежит стремление супругов к нереалистическим целям и одностороннему доминированию, отсутствие адаптации к новым семейным ролям во время и после «кризисных периодов» в жизни семьи [Мягер В. К., Мишина Т. М., 1976]. Выделяются три типа супружеских взаимоотношений при неврозе одного или обоих супругов: соперничество, псевдосотрудничество и изоляция [Мишина Т. М., 1978]. Одни исследователи отмечают сходство личностных профилей супругов как фактор, положительно влияющий на их совместимость [Мохина И. В., 1978; Обозов Н. Н., 1979], другие — находят больше различий в личностных оценках у супругов в прочных браках, чем в непрочных [Федотова Н. Ф., Филиппова Л. А., 1975]. В раннем анамнезе больных неврозом взрослых часто выявляются нарушенные отношения у родителей, гиперопека, ограничения, приводящие к развитию несамостоятельности в решениях и неуверенности в себе [Конончук Н. В., 1976], что согласуется с нашими данными [Захаров А. И., 1972].

Ряд исследований направлен на изучение личностных особенностей больных неврозами. По данным опросника Айзенка, установлен интровертированный тип реагирования в связи с длительностью заболевания у взрослых [Ульянова Л. А., 1976]; пик по шкале «депрессия» в многопрофильном личностном опроснике ММРІ [Карандашева Э. А., Мурзенко В. А., 1972; Губачев Ю. М. и др., 1976]; тревожность, по данным тематического апперцепционного теста — ТАТ [Гильяшева И. Н., 1967]; преобладание, по опроснику Розенцвейга, экстрапунитивного направления фрустрационных реакций при меньшей частоте импунитивных и доминирования типа реакций «с фиксацией на удовлетворении потребностей» [Тарабрина Н. В., 1973], наибольшая степень нарушенных отношений в графах «самооценка», «жизненные цели» и «отношение к родным» по методике «незаконченные предложения» [Винкшна И. А., 1971]; понижение невербальной стороны интеллекта по сравнению с вербальной [Гильяшева И. Н., 1969].

Неврозы у детей, как и у взрослых, являются наиболее часто встречающейся формой нервно-психической патологии [Колегова В. А., 1971]. По мнению С. В. Лебедева (1979), распространенность неврозов у детей статистически достоверно превышает распространенность непроцессуальных неврозоподобных синдромов.

Биологическими предпосылками неврозов у детей являются понижение биотонуса организма, соматическая отягощенность [Осипова Е. А., 1932; Сканави Е. Е., 1934], невропатия [Дьякова Н. Н., 1929], в основе которой Е. И. Кириченко и Л. Т. Журба (1976) находят функциональную недостаточность вегетативной регуляции. В работах С. В. Лебедева установлена статистически достоверная связь невропатии с неврозами. У детей с врожденной и приобретенной физической неполноценностью часто обнаруживаются психогенные реакции и патологические изменения характера [Берштейн Г. И., Брайнина М. Я., 1933] или патологические развития личности [Симеон Т. П., 1934; Блей Е. А., 1940; Ковалев В. В., 1968]. Невротические реакции могут также возникать на фоне задержки психического развития [Головань Л. И., 1976] и резидуальной церебральной органической недостаточности [Булахова Л. А. и др., 1976]. В последнее время возрастает интерес к проблемам нарушения сна при неврозах у детей. Существует мнение, что эти заболевания всегда сопровождаются расстройствами сна [Гольбин А. Ц., 1979].

Возрастные особенности возникновения неврозов у детей изучены Г. Е. Сухаревой и Л. С. Юсевич (1965), которые отмечают более интенсивную реакцию детей до 3 лет на перемену обстановки и новые, необычные раздражители, а после 3 лет — на трудные жизненные ситуации. Т. П. Симеон, М. М. Модель и Л. И. Гальперин (1935) указывают на нарастание с возрастом конфликтов внутреннего порядка, обусловленных развитием самооценки, требовательности к себе и способности к интрапсихической переработке. Эти же авторы рассматривают невротические реакции в связи с рождением второго ребенка в семье. В последнее время большое внимание возрастной динамике неврозов уделяют В. В. Ковалев (1969), Н. Д. Лакосина (1970) и Г. К. Ушаков (1973). Разработанные В. В. Ковалевым (1969) принципы эволюционно-динамического подхода в детской психиатрии относятся и к проблеме неврозов.

Из преморбидных характеристик детей с неврозами В. Н. Мясичев (1960) выделяет те, которые затрудняют благополучное разрешение травмирующей ситуации. К ним он относит перевес субъективного и аффективного над объективным и логическим с относимися сюда чертами импульсивности, эгоцентризма, упрямства, сензитивности и т. д., а также перевес аффективной инертности над аффективной пластичностью, создающий вязкие доминанты болезненных переживаний. Е. А. Осипова (1932), Г. И. Берштейн и М. Я. Брайнина (1933) особое значение придают интровертированному типу реагирования. Г. Е. Сухарева и Л. С. Юсевич (1965) подчеркивают впечатлительность, возбудимость, пугливость. В. И. Гарбузовым уточнено понятие преневротического характерологического радикала, образующего основу невротического реагирования [Гарбузов В. И. и др., 1977]. Вместе с тем В. Н. Мясичев (1960) отмечает, что невроз может возникнуть и без какого-либо предрасположения. Такого же мнения придерживаются А. Н. Шогам, Н. К. Липгарт, К. И. Мировский (1970). На наш взгляд, все эти точки зрения имеют известное обоснование. В целом невроз более нозологически специфичен при меньшем удельном весе предрасположения и большем удельном весе психогенных факторов.

Острая психическая травма в виде испуга, сильного потрясения считается немаловажным фактором в происхождении неврозов [Сим-сон Т. П., 1934; Блей Е. А.,

1940]. В наших наблюдениях она оказывала тем большее патогенное действие, чем менее преморбидно было выражено характерологическое своеобразие больных. Последнее, таким образом, в случае острой психотравмы, в отличие от хронической, осуществляло роль определенного защитного фактора.

Гораздо чаще происхождение неврозов у детей обусловлено действием хронических психотравмирующих факторов, прежде всего нарушенных семейных отношений и неправильного воспитания в виде гиперопеки и непоследовательности [Бехтерев В. М., 1909; Осипова Е. А., 1932; Мясищев В. Н., 1960; Пивоварова Г. Н., 1962; Яковлева Е. К., Зачепиский Р. А., 1961; Лобикова Н. А., 1971; Захаров А. И., 1972]. На основе статистического анализа С. В. Лебедев распределил значение патогенных факторов в возникновении неврозов у детей следующим образом: 1) хроническая психотравмирующая семейная ситуация; 2) дефекты воспитания; 3) школьные конфликты; 4) острая психическая травма; 5) бытовое пьянство и алкоголизм родителей. В. П. Козлов (1978) показал в невротических семьях даже при внешнем благополучии наличие тех или иных конфликтов.

В патогенезе неврозов у детей определенную роль играют индукционные механизмы появления некоторых невротических симптомов, когда ребенок повышенно восприимчив к аффективному состоянию окружающих его лиц [Иогихес М. И., 1929]. Е. А. Аркин (1968) указывает, что «пример окружающих играет первенствующую роль не только в том смысле, что взрослые внешними проявлениями страха, часто совершенно бессмысленного, заражают детей, но, что очень важно подчеркнуть, своим паническим поведением по малейшему поводу, грозящему, по их мнению, опасностью ребенку, создают в ребенке состояние напряженной тревоги и страха»¹. Далее он подчеркивает, что раннее зарождение страха и его последующее нарастание могут служить не только тормозом для нормального развития, но и толчком к серьезным и стойким болезненным отклонениям. При наделении раздражителей, идущих от взрослых, условно-рефлекторным патогенным значением эти раздражители воспринимаются ребенком как сигналы опасности [Файнберг С. Г., 1961]. Иначе говоря, невротические реакции развиваются в ответ не столько на сами раздражители, сколько на способ реагирования взрослых на них [Рожнов В. Е., Драпкин Б. З., 1974].

Много внимания уделяется проблемам невротизации единственного ребенка в семье [Яковлева Е. К., 1958; Лепукальн А. И., 1976; Гарбузов В. И., 1978]. А. С. Макаренко (1955) считал, что только в семье, где есть несколько детей, родительская забота может иметь нормальный характер. У единственных детей часто имеют место нарушения адаптации и невротические реакции в ответ на помещение в ясли и детский сад [Блей Е. А., 1940; Голубева Л. Г. и др., 1974]. Во всех случаях неблагоприятное влияние на формирование характера ребенка оказывает резкое расхождение требований родителей, ведущих к развитию у него чрезмерной осторожности, и требований детского коллектива, который ценит самостоятельность, активность, смелость. Это противоречие создает конфликтное состояние и предрасполагает к возникновению невротических реакций [Сухарева Г. Е., 1959].

В. Н. Мясищев (1960), определяя источники невроза в дошкольном возрасте в узко семейной ситуации, конкретизирует это патогенной ролью семейных конфликтов, противоречивостью отношений родителей к ребенку. Формирующийся в этих условиях способ переработки жизненных трудностей дает основания говорить о задержке волевого развития и возникновении аффективно-гипобулического и субъективно-ирреального характера переработки действительности. Для невроза исходным и определяющим является нарушение системы отношений (или предотношений, по В. Н. Мясищеву), которое возникает в результате противоречий между тенденциями и возможностями личности и требованиями и возможностями действительности. Неудачно, нерационально и непродуктивно разрешаемое противоречие между личностью и значимыми для нее сторонами действительности вызывает болезненно тягостные переживания, которые приводят к образованию внутреннего конфликта — столкновения в сознании ребенка противоположно окрашенных аффективных отношений к тому или иному близкому лицу или к создавшейся ситуации. Конфликт занимает центральное место в жизни ребенка, оказывается для него неразрешимым и, затягиваясь, создает аффективное напряжение, которое, в свою очередь, обостряет противоречия, усиливает трудности,

¹ Аркин Е. А. Ребенок в дошкольные годы. М., 1968, с. 129.

повышает неустойчивость и возбудимость, углубляет и болезненно фиксирует переживания, снижает продуктивность и самоконтроль, дезорганизует волевое управление личности в целом. Объективное и логическое в мышлении уступает место субъективному и символическому. Психическая и физиологическая дезорганизация личности, происходящая под влиянием психогенных факторов, является основой невроза. Поэтому задача анализа развития личности невротика заключается в том, чтобы выяснить, как в процессе роста у ребенка складываются болезненные отношения, зарождается конфликт, создается напряжение, формируется невротическая, т. е. индивидуалистическая, иррациональная, субъективная установка, грозящая взрывом — патологической картиной невроза. Значение в психогенезе неврозов конфликта на почве личных привязанностей отмечают Т. П. Симеон (1934) и Е. А. Блей (1940). Е. А. Осипова (1932) считает ключевым переживанием у детей при этом заболевании уязвление чувства собственной личности, а характер невротических реакций определяет как защитный и инфантильный. Е. А. Блей (1940) подчеркивает патогенную роль «места наименьшего сопротивления» и наступающую в результате невроза дезинтеграцию личности.

По В. А. Гиляровскому (1938), сущность невроза заключается в несоответствии между возможностями, находящимися в распоряжении личности, и теми обязанностями, которые проистекают из наличия определенных социальных отношений. Для его возникновения необходимо сочетание 3 звеньев психической травмы, особого склада личности и ее невротического развития под влиянием травмы. Как и В. Н. Мясищев, В. А. Гиляровский (1934) считает центральным в генезе невроза нарушение контактов с окружающими, а само заболевание рассматривается как более или менее компенсированный срыв личности при ее развитии и попытках утверждения в некоторых позициях.

Из других концепций основного патогенного конфликта следует отметить взгляд В. М. Бехтерева и Р. Я. Голанта (1929) на невроз как на результат противоречий между фило- и онтогенетически обусловленным типом реагирования и конкретными средовыми условиями.

В. Н. Мясищев (1973) отметил, что невротические состояния тревоги и страха, тревожной мнительности, обидчивости и взрывчатости, реализуясь в той или иной форме, в зависимости от темперамента, вызывают реакции эмотивного характера, переходящие в состояние невроза и углубляющиеся при непонимании со стороны окружающих.

В. И. Гарбузовым и др. (1977) в качестве ведущего этиопатогенетического фактора при неврозах у детей выделены изменения врожденных типов реагирования на невротические, происходящие под воздействием неблагоприятных биосоциальных факторов.

Ведущее содержание патогенного конфликта при неврозах определяется как несоответствие воспитания возможностям развития ребенка, опыту становления его «я» [Захаров А. И., 1972]. В основе этого патогенного конфликта лежит конфликт между «я» и «мы», когда ребенок хочет, но не может по разным причинам войти в референтную группу «мы» (вначале это семья, затем группа сверстников). Обусловленное этим чувство обособленности является предпосылкой для развития невротического индивидуализма и нарастающего процесса отчуждения «я» от «мы» с постепенным превращением последнего в категорию «они» в форме переживаемого чувства непринятия (непричастности) и непонимания (непризнания). Это противопоставление не достигает такой степени, какая бывает при психопатических развитиях личности, а носит внутренний, большей частью неосознанный характер и сопровождается ощущением неестественности, чувством беспокойства, вины и страха, когда понятие «они» ассоциируется со всем новым, неизвестным или травмирующим опытом, выражаемым страхом изменения «я».

Таким образом, представленный патогенез неврозов у детей показывает его общие стороны как процесса психогенного заболевания формирующейся личности. Наиболее полно патогенез рассмотрен при неврозе навязчивых состояний [Сканава Е. Е., 1934; Яковлева Е. К., 1958; Асатиани Н. М., 1967; Гарбузов В. И., 1970; Липгарт Н. К., 1974; Шевченко Ю. С., 1980]. Для психотерапии патогенез отдельных клинических форм невроза имеет существенное значение, так как позволяет сделать ее более направленной.

В рассматриваемой проблеме остается еще много нераскрытых сторон, прежде всего в отношении взаимосвязи между неправильным воспитанием, как главным патогенным фактором, и личностными особенностями родителей, которые являются в отечественной психоневрологии «terra incognita».

Глава 2. Семья как патогенетически обуславливающий фактор неврозов у детей и подростков.

Обследование семьи детей с неврозами.

При изучении семьи детей с неврозами применяется клинико-анамнестический метод, дополненный психологическим и социально-психологическим методами. Разделение их условно, так как вместе они составляют клинико-психологический метод изучения неврозов.

При обращении к психотерапевту родителей больного ребенка речь обычно идет о терапевтически резистентных случаях с многолетним течением невроза. Это вызвано не только отсутствием эффекта лекарственной терапии и недостаточно интенсивной и направленной психотерапевтической помощью в отношении больного, но и наличием невроза у одного или нескольких взрослых членов семьи, способствующего заболеванию ребенка и являющегося препятствием для его выздоровления. При патологическом функционировании семьи, одним из выражений которого является невроз ребенка, не всегда легко выявить первичный источник невротического заболевания, так как один из родителей может отсутствовать на приеме, а показания другого не всегда объективны. Поэтому мы приглашаем на первичный прием обоих родителей. Этим подчеркивается заинтересованность врача в контакте со всей семьей, а не с отдельными ее «лучшими» или «худшими» представителями. Отсутствие одного из родителей может указать на проблемный характер семейных отношений, когда один из них игнорирует необходимость лечения ребенка, не придает этому должного значения или считает других членов семьи ответственными за создавшееся положение. Выражая сожаление по поводу отсутствия отца или матери, при последующих визитах мы предоставляем им возможность поочередно приходить с ребенком на прием. Подобная установка создаст дополнительный стимул для посещения врача отсутствующим в первый раз родителем. Прием проходит в кабинете, где находятся игрушки и рисунки детей, в непринужденной обстановке, создаваемой приемом без халата, отсутствием медицинской сестры и посторонних лиц, беседой в креслах вокруг столика.

Вначале для беседы приглашается мать, а отец остается с ребенком в холле, где имеются игрушки и детские книжки. Само ожидание приема выступает в качестве естественного эксперимента, когда обнаруживается неумение родителей занять ребенка, наладить с ним взаимоотношения, эффективность и непоследовательность в обращении. В процессе непродолжительной беседы с матерью удастся составить представление об основных проблемах, связанных со здоровьем ребенка и отношениями в семье. После ее ухода в кабинет приглашается отец, который также излагает свое мнение о беспокоящих его и других членов семьи вопросах. Беседа с отцом менее продолжительна, так как нет вопросов, касающихся раннего анамнеза.

Поочередное выслушивание жалоб обоих родителей, как и раздельное получение от них анамнестических сведений, имеет ряд преимуществ. Каждый из родителей вне зависимости от отношений в семье может высказать мнение о сложившейся ситуации и раскрыть некоторые из своих личных проблем. Таким образом, удастся составить более полное представление об отношениях в семье и об индивидуальном понимании ее проблем. Возможность свободно поделиться некоторыми из наиболее болезненных вопросов в уверенности, что собеседник поймет и окажет помощь, имеет исключительное значение в плане создания у родителей психотерапевтически ориентированной мотивации, искренности и доверия в процессе последующих диагностических и психотерапевтических встреч.

После беседы с отцом проводится прием больного. Если ребенок обнаруживает страх и беспокойство без матери, то беседа заменяется игровым контактом в ее присутствии. Затем больной остается в холле в сопровождении медицинской сестры или один, если позволяет его возраст. В кабинет приглашаются оба родителя, и врач высказывает свое мнение о состоянии ребенка. Цель совместной беседы состоит в подчеркивании актуальности обращения родителей и возможности оказания медицинской помощи ребенку при условии сотрудничества с врачом. В беседе отмечаются без детализации взаимосвязь состояния ребенка с общей эмоциональной атмосферой семьи и положительные стороны его личности. Не дается обещаний скорого излечения, скорее наоборот, внимание родителей сосредоточивается на серьезности проблемы и на необходимости их активного и непосредственного участия в процессе психотерапии. Такая постановка вопроса существенна, так как нередко тот или иной член семьи, обычно отец, недооценивает серьезность сложившейся ситуации и воспринимает симптомы невроза у ребенка как не заслуживающие внимания или являющиеся проявлением баловства и отсутствия дисциплины. Вместе с тем важно успокоить родителей, нередко чувствующих себя в безвыходном положении, и вселить в них веру в возможность постепенного благоприятного разрешения критической ситуации в процессе совместного с врачом поиска наиболее адекватных путей психологического контакта с ребенком, укрепления его нервной системы и раскрытия творческого потенциала роста.

В последующем родители приводят ребенка на прием поочередно. Пока врач занимается с ним, родитель заполняет листы личностных опросников. Среди них адаптированные в институте им. В. М. Бехтерева опросник Айзенка, MMPI, методика «незаконченные предложения», фрустрационная методика Розенцвейга; в ЛГУ им. А. А. Жданова — опросник Кеттэла, форма «С», а также ряд других методик — опросник Кеттэла, форма «А»; опросник Лири; цветовая методика Люшера; опросник PARi и др. После параллельного обследования ребенка и родителей с помощью опросников последние поочередно приглашаются на прием для сбора диагностической информации в виде клинической беседы или стандартизированного интервью. Во время отдельных обследований затрагиваются при необходимости вопросы оказания психотерапевтической помощи тому или иному родителю. Одновременное обследование детей и родителей создает лучшие условия для понимания последними взаимосвязанного характера проблем в семье, а также предоставляет неоднократную возможность для обсуждения интересующих вопросов и оказания индивидуальной психотерапевтической помощи. Постановка семейного диагноза и обсуждение результатов обследования с родителями будут изложены в главе «Семейная психотерапия». Здесь же рассмотрим непосредственные результаты обследования семьи, которые в своей совокупности позволяют раскрыть сложный и многосторонний процесс происхождения неврозов у детей и подростков.

Прародительская семья и ее влияние на родительскую семью.

Со стороны ребенка семью можно представить как семь «я», т. е. в виде семи человек, из которых четверо образуют две прародительские семьи (бабушка и дедушка ребенка по линии матери и отца), двое — родительскую семью (мать и отец ребенка), седьмым является сам ребенок (рис. 2).

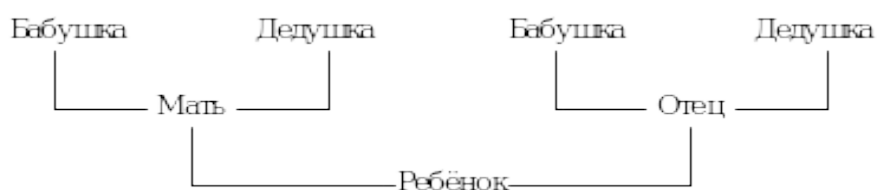


Рис. 2. Семья ребёнка.

Данные о прародительской семье мы узнаем из интервью с родителями. Их надежность обеспечивается психологическим контактом с врачом. Ввиду этого стандартизированное интервью проводится в конце исследования, когда родители

уже имеют некоторый навык заполнения личностных опросников и бесед с врачом, доверяют ему и видят первые успехи от психотерапевтического контакта врача с ребенком.

В настоящем и последующем разделах представлена только часть полученных результатов, объем которых более значителен. Статистические данные приводятся только в некоторых, наиболее заслуживающих внимания случаях. Следует отметить, что далеко не все родители обращаются за психотерапевтической помощью даже при наличии тяжелого невротического состояния у ребенка. Вызвано это разными причинами, в том числе выраженной психопатологической отягощенностью самих родителей, злоупотреблением алкоголем, наличием патологической ревности, асоциальными установками или низкой культурой семьи. Кроме того, в поле зрения врача не попадает семья отца ребенка, если родители разведены. Поэтому полученные нами данные не претендуют на абсолютную полноту.

Многолетний опыт работы позволяет с уверенностью сказать, что алкоголизм, психопатия и психические заболевания не типичны для изучаемых семей. Чаще речь идет об отдельных невротических и характерологических проявлениях, а также о соматической патологии.

В прародительских семьях характерологические нарушения встречаются чаще, чем в родительских и тем более — у ребенка с неврозом. Это не означает, что в прародительских семьях нет неврозов, но они встречаются не так часто. В отличие от прародительских в родительских семьях чаще имеют место нарушения невротического круга, достигающие своего клинического апогея в заболевании ребенка.

Таким образом, на протяжении жизни трех поколений (прародители — родители — ребенок) происходит снижение выраженности характерологических изменений и накопление изменений невротического круга. Центром психопатологического перекреста будут родители, у которых сочетаются характерологические и невротические нарушения. Существование этого перекреста не позволяет сделать однозначного сравнения невроза ребенка с «психопатическим осколком» прародительской семьи, так как эта взаимосвязь носит более сложный и опосредованный характер. Главным патогенным фактором, проходящим «красной нитью» через все поколения, является психотравмирующий опыт межличностных отношений. Основным звеном передачи этого опыта для ребенка является родительская семья.

Некоторые из патологических стереотипов отношений в прародительской семье закрепляются в опыте формирования личности будущих супругов и родителей и отражаются в виде тех или иных существующих у них в настоящем семейных установок. Так, мать ребенка может непроизвольно стремиться во всем доминировать в жизни семьи и тем более в воспитании детей, отражая в этом не столько реальную необходимость, сколько авторитарные черты личности своей матери. Однако это стремление проявляется уже в ослабленном и, главное, непоследовательном виде, поскольку она в какой-то мере осознает его неадекватность и имеет, в отличие от своей матери, уже только часть ее авторитаризма при одновременно большем невротизме. То же относится к стремлению матерей чрезмерно контролировать своих детей, что, однако, по их же собственным словам, никогда реально не получается. Кроме того, мать ребенка при отсутствии в детстве приемлемых для нее эмоциональных отношений со своим отцом неосознанно хочет восполнить их в отношениях с мужем, выбираемым по признаку похожести на ее отца. Отец ребенка неосознанно отражает в отношениях с женой невротическую привязанность к своей матери в детстве, ожидая от жены такой же степени заботы и внимания. Мы видим, что в изучаемых семьях выбор брачного партнера происходит по типу невротически мотивированного взаимодополнения, которое облегчает, в известной мере, взаимоотношения в начале брака. При этом доминантные черты в характере супруги и ее установки на опеку и влияние, идущие от ее матери, сочетаются с установками супруга на заботу и зависимость, идущие от его невротической привязанности к своей матери. По сравнению с избыточным влиянием матерей (бабушек) влияние отцов (дедушек) на формирование личности будущих супругов и родителей крайне недостаточно, что обусловлено в основном разводом или смертью отца. Таким образом, патогенное влияние тех или иных нарушений в прародительской семье на последующие поколения идет как от бабушек, так и от дедушек ребенка, и эти

нарушения имеют тесную взаимосвязь. Наибольшая роль принадлежит бабушке по материнской линии и дедушке по отцовской, когда имеет место двусторонний сдвиг в сторону как избыточного воспитательного влияния бабушки, так и недостаточного влияния дедушки. Отражение первого сдвига мы находим в установке матери с доминантными чертами характера на чрезмерно строгий контроль в отношении ребенка, ее излишней принципиальности и негибкости в вопросах воспитания и супружеских отношениях. Отражением второго сдвига являются мягкость характера отцов, недостаточная самостоятельность и незрелость их чувства отцовства.

Иллюстрируем данные о прародительской семье статистическими выкладками. В поколении прародителей детей с неврозами неполная семья по линии матери (84 семьи) и отца ребенка (66 семей) встречается в 39%, несколько чаще (60%) при неврозе страха у детей. Смерть одного из членов прародительской семьи при этом заболевании отмечается достоверно чаще, чем при остальных неврозах ($t=2,1$; $p<0,05$). В большинстве случаев при неврозе страха речь идет о внезапной смерти членов прародительской семьи. Это показывает, что лежащий в основе невроза у детей страх смерти имеет под собой весьма реальную основу.

Другой заслуживающий внимания факт заключается в том, что развод в родительской семье происходит достоверно чаще при наличии развода в прародительской семье ($t=3,6$; $p<0,001$), т. е. отсутствие модели полной семьи облегчает решение матери и отца ребенка о разрыве супружеских отношений.

Бабушки по обеим линиям чаще имеют мягкие, чем жесткие, черты характера, дедушки — наоборот. При неврозе страха у детей у их прародителей наблюдается обратное соотношение.

У прародителей наиболее часто проявляется такая черта личности, как сензитивность, включающая повышенную эмоциональную чувствительность, ранимость, обидчивость и впечатлительность. Сензитивность часто сочетается с гиперсоциализацией (заостренным чувством ответственности, долга, обязанности, трудностью компромиссов) и тревожностью (выраженным беспокойством, волнениями по любому поводу, плохой переносимостью ожидания).

Сензитивность, гиперсоциализация и тревожность представляют базисную триаду личностного типа реагирования в прародительской, родительской семье и у детей с неврозами. Наиболее отягощены бабушки девочек по материнской линии.

Конфликтные отношения достоверно чаще ($t=2,7$; $p<0,01$) встречаются в прародительских семьях по линии матери (63%), чем по линии отца (36%). У матери ребенка с неврозом страха конфликты в прародительской семье происходят достоверно чаще, чем при остальных неврозах. Сходство или различие по признаку мягкость — твердость характера практически не влияет на частоту конфликта между супругами в прародительских семьях.

Отношения в прародительской семье между родителями и детьми отличаются проблемным характером. Конфликты отмечаются чаще у бабушки ребенка и его матери (40%), реже — у бабушки ребенка и его отца (17%).

В каждой третьей семье прародители характеризуются как чрезмерно строгие и деспотичные. Менее всего это относится к бабушке ребенка по отцовской линии. Гораздо чаще имеет место непонимание прародителями своих детей. Исключением опять же являются отношения между бабушкой и отцом ребенка, когда непонимание встречается в трети случаев. Выраженный недостаток эмоциональной теплоты или ее отсутствие в прародительской семье отмечает каждая вторая мать со стороны обоих родителей и каждый второй отец со стороны своего отца и только каждый четвертый отец — со стороны своей матери.

Отсутствие эмоционального контакта в прародительской семье чаще имеет место у родителей детей с неврозом навязчивых состояний и неврозом страха. Недостаток тепла и заботы сопровождается чувством одиночества и тревоги, чем в немалой степени объясняется стремление родителей, особенно матерей, компенсировать свою прешествующую эмоциональную неудовлетворенность гиперопекой по отношению к детям, которая является своеобразным симптомом неудовлетворенности матери, ее защитой от страха одиночества и отчуждения в прошлом и настоящем. Из этого следует, что в гиперопеке нуждаются не столько дети, сколько сами родители, для которых она выполняет своеобразную психотерапевтическую роль. Ничем иным нельзя объяснить нередко наблюдавшееся нами парадоксальное, на первый взгляд,

явление, когда улучшение состояния ребенка сопровождалось ухудшением эмоционального состояния матери, нередко вплоть до обострения или манифестации невроза с ведущим тревожно-депримированным фоном настроения. Происходящее в процессе психотерапии улучшение эмоционального состояния ребенка с неврозом, в том числе уменьшение его тревоги и страха, делает менее актуальным и чрезмерную заботу, излишнее предохранение от опасности и беспокойство. В этих условиях невротическая потребность матери в избыточной заботе о ребенке оказывается неудовлетворенной, а наиболее доступный путь выражения ее беспокойства — заблокированным. Субъективное ощущение своей «ненужности», отсутствие конкретной цели, неспособность переключить внимание на новые, более позитивные стороны взаимоотношений с ребенком являются факторами декомпенсации эмоционального состояния матери. Поэтому мы серьезно задумываемся над тем, следует ли спешить с улучшением эмоционального состояния ребенка с неврозом без предварительной или параллельной психотерапевтической помощи матери, а также регулирования некоторых проблем семейных взаимоотношений.

Как будет показано далее, родители детей с неврозами не только непроизвольно компенсируют, но и повторяют многие из проблем взаимоотношений в прародительской семье, в том числе непринятие индивидуальности детей, отсутствие понимания их возможностей и потребностей и т. д. Это объясняется формированием патологических установок и стереотипов отношений, которые действуют как заданные, запрограммированные или даже как внушенные в жизненном опыте. Кроме того, осознание своих ошибок, пусть даже и частичное, происходит в результате попыток родителей понять причины невротического заболевания ребенка уже «post factum». Определенная роль в повторении неадекватного опыта межличностных семейных отношений принадлежит тем особенностям личности родителей, которые являются общими с особенностями личности прародителей. К ним относятся, в первую очередь, сензитивность, гиперсоциализация и тревожность. Конституционально-генетической предпосылкой сензитивности является эмоциональная чувствительность или в более широком плане — эмоциональная реактивность, гиперсоциализации — инертность нервных процессов, нередко проявляющаяся ригидностью мышления. Конституционально-генетической предпосылкой тревожности является заострение инстинкта самосохранения. Развитие этих предпосылок происходит под влиянием неудачного опыта межличностных отношений.

Развитие детей до заболевания неврозом.

Как отмечает Б. Д. Карвасарский (1980), проблема формирования невротической личности и возникновения невроза нуждается в дальнейшей разработке. В. В. Ковалев подчеркивает: «Недооценка данных социально-психологического обследования, невнимание к мотивам и характеру личностных реакций ребенка или подростка, неумение разобраться в сложных межличностных взаимоотношениях в семье, детском коллективе ведут к переоценке этиологической роли анамнестических данных о ранних экзогенно-органических вредностях значения отдельных проявлений резидуально-органической церебральной недостаточности и остаточной неврологической микросимптоматики».

Остановимся только на тех особенностях развития, которые позволяют лучше понять сложную и во многом противоречивую личность больного неврозом. Ее своеобразие определяется наличием тех особенностей психического развития, которые являются предпосылками для формирования невротического типа реагирования. Последний представляет собой недостаточно осознаваемую мотивацию защиты «я» от повторения психотравмирующего опыта, который угрожает жизненно важным потребностям цельности «я», самораскрытия и роста. Невротический тип реагирования, какими бы ни были его генетические и органически-деструктивные предпосылки, выступает, прежде всего, как патологически формирующийся опыт, в большей или меньшей мере несовместимый с уже сформировавшимся и формирующимся опытом «я». Подобное противоречие развития переживается как неестественность, чуждость, болезненность, т. е. как психогенный процесс дезинтеграции формирующегося «я».

Приводимые в этом разделе данные основаны на изучении 99 детей и подростков с различными клиническими формами невроза, обследованных в 1977—1980 гг. Соотношение мальчиков и девочек составляет 1,5:1. В последующих разделах исследуемая выборка будет значительно большей, но варьирующей в зависимости от цели статистического анализа.

Аntenатальные патогенные факторы.

В относительно преобладающем числе случаев (56%) изучаемая беременность первая, в остальных 44% ей предшествует, как правило, один аборт (66%) или непроизвольный выкидыш (34%). Заболевания женской половой сферы, большей частью воспалительные заболевания матки и придатков, встречаются в небольшом числе случаев (15%), но значительно чаще ($t=2$; $p<0,05$) при последующем возникновении истерического невроза, чем неврастении и невроза навязчивых состояний у ребенка. Таким образом, термин «*hystera*» (матка), лежащий в основе понимания истерии на уровне того времени, не кажется лишенным смысла.

Долгое отсутствие беременности, несмотря на снятие или отсутствие каких-либо ограничений, имеет место в 38% случаев. В основе большинства этих случаев лежат нерезко выраженные и обратимые гормональные расстройства, нарушающие возможность оплодотворения и развития яйцеклетки и, по-видимому, являющиеся реакцией организма женщины на эмоциональный стресс, связанный с проблемами семейных отношений и профессионального становления. Подобные факторы оказывают влияние и на решение вопроса о рождении ребенка, которое нередко откладывается или не ожидается в данное, «неподходящее» для одного или обоих супругов время. Нежелательная беременность отмечается в 56% случаев. Это исходное отношение родителей и то, что ребенок помешал осуществлению более важных для них жизненных целей, представляет собой главный «травмирующий» факт его биографии, нередко сказывающийся на отношении к нему родителей во все последующие годы его жизни. В 40% случаев женщина хотела, но не могла по разным причинам избавиться от нежеланной беременности. Тогда последующие роды являются, по существу, эквивалентом «несостоявшегося аборта».

В 35% случаев пол родившегося ребенка не соответствует ожиданиям родителей. Максимум этого несоответствия наблюдается у девочек с неврастением, т. е. ожидая мальчиков и непроизвольно в дальнейшем относясь к девочкам как к мальчикам, родители чрезмерно стимулируют их, что вызывает перенапряжение возможностей и «срыв» по неврастеническому типу.

Если объединить все случаи первичного неприятия ребенка как преждевременного, нежеланного или несоответствующего по полу ожиданиям родителей, то таких детей будет заметное большинство — 68%. Больше всего таких детей с неврозом страха. Таким образом, мы неоднократно убеждаемся, начиная еще с прародительской семьи, что у детей с этим диагнозом более травмирующее прошлое, влияющее на последующее развитие страха как аффективного заострения инстинкта самосохранения. В этой связи приведем рассказ матери о разговоре с дочерью 6 лет с неврозом страха, которая была нежеланной для обоих родителей и жила в первые годы у родителей мужа: «Маша спрашивает меня: «Скажи, мама, какая самая большая неприятность была в нашей жизни до моего рождения?» Когда я спросила, почему — «до рождения», Маша ответила, что после появления ее на свет именно она является самой крупной неприятностью в нашей семье, потому что все время с ней что-нибудь случается: мигания, страхи, затруднения речи и т. д. Любые происходящие изменения в семье, напряжения и конфликты между нами Маша относит на свой счет. При этом ведет себя как-то виновато, резко усиливается мигание, ухудшается речь, нарастают страхи. Стоит улучшить нашему настроению, Маша тут же становится веселой, озорной, резко стихают тики, речь более спокойна».

Наличие при беременности выраженного эмоционального стресса и невротического состояния, нередко с расстройством сна, констатируется у 68% матерей. Как правило, эмоциональный стресс обусловлен проблемами взаимоотношений, самим фактом беременности, волнениями в связи с экзаменами, общей перегрузкой и т. д. Наиболее уязвимыми в отношении патогенного действия стресса матери на организм ребенка оказываются мальчики, которые впоследствии значительно чаще (83%), чем девочки (45%), заболевают неврозом ($t=3,45$; $p<0,001$).

Угроза самопроизвольного выкидыша имеет место в каждом третьем случае (32%) — мальчики 40%, девочки 21%. При неврозе страха угроза выкидыша отмечается достоверно чаще, чем при остальных неврозах ($t=2,7$; $p<0,01$). В целом угрожающий выкидыш наблюдается несколько чаще у нежеланных детей. В литературе имеются указания на то, что угроза прерывания беременности в ранние сроки вызывает состояние гипоксии, нарушение метаболизма и повреждения функциональных систем плода.

Токсикозы как первой, так и второй половины беременности встречаются в 25% случаев. Более существенна патология второй половины беременности, которая, по данным литературы, в норме не превышает 10%. К тому же токсикозы второй половины беременности обладают большим соматотропным действием на плод и в ряде случаев являются психосоматической реакцией матери на эмоциональный стресс.

Перинатальные патогенные факторы.

Преждевременные роды встречаются в 20% случаев. В группе нежеланных детей они достоверно чаще, чем у желанных ($t=2,15$; $p<0,05$). Слабость родовой деятельности и необходимость в ее стимуляции отмечены в 45% случаев — достоверно чаще ($t=2,05$; $p<0,05$) у мальчиков (55%), чем у девочек (31%). У нежеланных детей она наблюдается несколько чаще, чем у желанных. При наличии у матери предшествующего эмоционального стресса патология родов отмечается достоверно чаще ($t=2,47$; $p<0,05$). Асфиксия ребенка в родах встречается относительно редко (13%), но при стрессе матери в период беременности она наблюдается достоверно чаще ($t=3,6$; $p<0,01$). Следовательно, аффективное состояние матери может неблагоприятно отражаться на отношении к появлению будущего ребенка, на течении беременности и родовой деятельности.

Постнатальные патогенные факторы.

Те или иные признаки резидуальной церебральной недостаточности в понимании В. В. Ковалева (1979) у детей первых лет жизни встречаются в 25% случаев (мальчики 36%, девочки 10%). Наиболее часто органическая недостаточность имеет место у детей с истерическим неврозом, что может быть связано с предшествующими беременности заболеваниями матки и придатков у матери. Органическая недостаточность создает у таких детей заостренно-болезненную установку на внимание к себе окружающих и признание их интеллектуальных достижений и потребностей. Церебральная недостаточность достоверно чаще проявляется у нежеланных детей ($t=2,15$; $p<0,05$), так как женщины при отрицательном отношении к беременности не стремятся ее сохранять.

Невропатия, в понимании Т. П. Симеон (1958), встречается у 58% детей: у мальчиков — в 62%, у девочек — в 52% случаев. Она наблюдается несколько чаще при наличии у матерей токсикоза второй половины беременности. Наиболее существенным источником невропатии являются эмоциональный стресс и невротическое состояние матери в период беременности, при которых невропатия у ребенка достоверно чаще ($t=2,67$; $p<0,01$).

Таким образом, все рассмотренные неблагоприятные факторы при беременности, и прежде всего эмоциональный стресс у матери, можно считать первой «психотравмой» у детей, впоследствии заболевающих неврозами. Биохимически опосредованным следствием стресса матери является изменение реактивности ребенка и ослабление биотонуса его организма, что уменьшает толерантность к действию различных постнатальных стрессовых факторов.

Эмоциональный стресс матери в первый год жизни ребенка не уменьшается, а нарастает, охватывая 82% матерей. Как правило, он сопровождается внутренней неудовлетворенностью, аффективной напряженностью, беспокойством и вызван в первую очередь эмоционально неровными отношениями с мужем и родителями, общей неустроенностью, проблемами ухода за ребенком, возникновением новой беременности. Это оказывает неблагоприятное влияние на эмоциональное развитие ребенка, так как тревожно-депримированный настрой матери в виде беспокойства, сниженного настроения, неуверенности, пониженной самооценки, пессимистической оценки перспективы передается ребенку как диффузное чувство беспокойства и страха. Такая мать редко улыбается, излишне скованна, напряжена и

непоследовательна в обращении с ребенком. Поскольку мать имеет в лице ребенка наиболее доступный «объект» для проявления своего недовольства, раздражения и беспокойства, ее эмоциональное состояние несколько компенсируется в течение первых лет жизни ребенка. Но эмоциональное состояние ребенка, наоборот, все более ухудшается по мере развития в аффективно беспокойной семейной обстановке, к которой он не может адаптироваться и в которой выполняет роль «козла отпущения» для родителей, не объединяя семью, как того хотела бы мать, а разъединяя ее.

В этой ситуации и без того беспокойная мать все в большей степени привязывает к себе ребенка, окружая его тревожными предосторожностями и болезненно-заостренным вниманием, образуя с ним обособленную эмоциональную диаду. Создавая зависимость от своего настроения, мать произвольно передает ребенку свое беспокойство, которое начинает появляться у него даже при ее кратковременном отсутствии, особенно в период засыпания. Требуя плачем или беспокойством присутствия рядом матери, ребенок, в свою очередь, аффективно привязывает ее к себе. Возникает порочный круг, который проявляется общей тревожной зависимостью ребенка и матери друг от друга, непереносимостью с обеих сторон одиночества и изоляции, возникновением у ребенка беспокойства при любом реальном или кажущемся эмоциональном отдалении от матери.

Ранним зарождением беспокойства можно в немалой степени объяснить последующие волнения ребенка по поводу предстоящих событий и его плохую переносимость ожидания. В наибольшей степени тревожные реакции на отсутствие матери выражены при неврозах страха и навязчивых состояний по сравнению с неврастением и особенно истерическим неврозом. В последнем случае известным препятствием для возникновения беспокойства является исключительная ориентация ребенка на себя (эгоцентризм).

Стремление матери как можно раньше выйти на работу и передать ребенка на воспитание родственникам усиливает его беспокойство, особенно при предшествующем отрицательном отношении к беременности. Последствиями чрезмерно раннего отрыва тревожно привязанного к матери и эмоционально ранимого ребенка являются аффективные реакции при помещении в ясли и затруднения в последующей адаптации в дошкольных учреждениях.

Источниками беспокойства у детей, впоследствии болеющих неврозом, могут быть в различном возрасте:

1) индуцирование беспокойства со стороны матери, находящейся в состоянии эмоционального стресса;

2) эмоциональные потрясения и испуги (опыт ранних разлук и внезапных воздействий, представляющих угрозу для жизни, в том числе аффективные реакции на помещение в ясли, больницу, несчастные случаи, резкие болевые ощущения);

3) угроза лишения заботы и эмоционального контакта при наличии невротически мотивированной гиперопеки со стороны матери и «привязывания» ребенка к себе. В наибольшей мере это проявляется в раннем анамнезе детей, болеющих неврозом навязчивых состояний и неврозом страха;

4) отсутствие безопасности — опоры в ближайшем окружении. Ощущение незащищенности, ненадежности и непонятности окружения. Невозможность предсказать поведение (реакции) близких лиц, особенно при невротическом состоянии и конфликтах в семье, когда имеет место беспокойство за родителя, к которому привязан ребенок или с которым он себя идентифицирует. В случае нежеланности ребенка или неприятия его индивидуальных особенностей развития беспокойство вызвано ощущением ненужности и никчемности прежде всего у детей, болеющих неврозом страха и неврастением;

5) опасения осуждения, наказания и лишения положительного отношения со стороны значимых для ребенка лиц в том случае, если он связан непомерно большим числом моральных предписаний и обязательств, которые не в силах оправдать (соответствовать им). Это иллюстрируется следующими словами матери: «Дочь постоянно находится в напряженном ожидании, что на нее рассердятся, что она вдруг не так сделает или не так скажет». Подобное состояние характерно при неврозах страха и навязчивых состояний, являясь в последнем случае наряду с инертностью и ригидностью мышления предпосылкой развития мнительности;

6) невозможность быть понятым и признанным ближайшим окружением;

7) осознание отличий от сверстников. Чувство личной недостаточности и социально-психологической изоляции.

Рассмотренные источники беспокойства сопоставимы с главными видами психогений у детей в дошкольный период их жизни. Беспокойство выражается как в виде внешне непроявляемой и конкретно несфокусированной тревоги, так и в виде страха по отношению к реальному угрожающему объекту. У детей первых лет жизни беспокойство нередко проявляется эмоциональной лабильностью вместе с общим сниженным фоном настроения, плаксивостью, ослаблением аппетита, сосанием пальцев и предметов, грызением ногтей, иногда мастурбациями перед сном.

Вне зависимости от последующих структурных особенностей беспокойство является отправной точкой патогенеза невроза и в той или иной степени оказывает воздействие на все рассматриваемые ниже характеристики раннего развития.

Наиболее выделяющейся особенностью преморбидного развития при неврозах будет эмоциональная чувствительность, которая является предпосылкой для возникновения чувства беспокойства в ответ на действие вышерассмотренных факторов. В свою очередь, беспокойство заостряет эмоциональную чувствительность в виде сензитивности — повышенной эмоциональной чувствительности, ранимости, запечатлеваемости неприятных событий, обидчивости, в дальнейшем — склонности «все близко принимать к сердцу», легко расстраиваться и волноваться.

В целом дети, болеющие неврозом, характеризуются как эмоционально чувствительные и впечатлительные, доверчивые, добрые, жалостливые и сострадающие. В детском саду и особенно в школе эти, не сразу адаптирующиеся, тихие дети, обычно держащиеся несколько в стороне, не только лишены агрессивности, но и беззащитны, не умеют постоять за себя, дать сдачи, найти сразу нужный ответ при внезапном обращении, легко теряются. Не они дразнят и бьют других, а те — их; они же обижаются и плачут, переживая унижение и бессилие перед обидчиком. В этом человеческом качестве они являются объектом для выражения агрессивных тенденций других детей. Можно отметить несколько источников рассматриваемой беззащитности у детей. В своей основе она отражает эмоциональную чувствительность, впечатлительность и ранимость. Другим источником является отсутствие формирования необходимых навыков взаимодействия со сверстниками. Это общие случаи плохой приспособленности, недостатка практического опыта, неумения общаться вследствие изоляции от сверстников в первые годы жизни; недостаточного участия отца в жизни семьи и отсутствия соответствующей модели поведения и обучения с его стороны; отрицательного воздействия примера конфликтного взаимодействия родителей. Еще одним источником беззащитности может быть страх, предстающий на осознаваемом уровне как страх насилия и несчастья, а на неосознаваемом — как страх увечья и смерти. Поэтому в ответ на неожиданное и агрессивное поведение другого возникает защитная установка типа запредельного торможения, внешне проявляемого как оцепенение и страх. Если мы вернемся к ранее данному определению невротического типа реагирования как недостаточно осознаваемой мотивации защиты «я» от повторения психотравмирующего опыта, то беззащитность также может быть отнесена к этой категории.

Существенной преморбидной особенностью будет и раннее развитие чувства «я», которое проявляется подчеркнутым чувством собственного достоинства, повышенной чувствительностью к порицаниям и похвале, неудачам и ошибкам, насмешкам, несправедливости и обидам. Одновременно эти дети не лгут, не изворачиваются, а, наоборот, непосредственны, бесхитростны и несколько прямолинейны в своих суждениях, наивны и доверчивы по отношению к другим. В то же время наивность может выступать не только как опыт целостного, недискретного «я», но и как следствие недостаточного опыта социального взаимодействия.

Важной преморбидной особенностью является тенденция к внутреннему способу переработки и выражения эмоций, сосредоточенности на своих ощущениях при сдерживании внешнего выражения чувств. Родители обычно говорят об этих детях, что они «все в себе». Действительно, они больше чувствуют и понимают, чем могут это выразить, что вместе с некоторой недостаточностью праксиса создает впечатление известной скованности при общей достаточно выраженной активности и подвижности. Противоречие между внутренним и внешним планом реагирования может быть вызвано трудностями сочетания контрастных черт темперамента,

например, черт флегматического и холерического темперамента. Внутренний способ выражения эмоций и переработки переживаний у детей имеет свои обоснования в соответствующем способе эмоционального реагирования родителей и в их недостаточной общительности.

В динамике психического развития обращает на себя внимание несколько замедленный темп выявления возможностей и способностей, что обусловлено интенсивно накапливаемым внутренним и не раскрываемым некоторое время потенциалом развития. Этим детям нужно больше времени, чтобы их латентные психические свойства проявились внешне, раскрылись. Поэтому чрезмерно раннее и интенсивное стимулирование их возможностей, как и предъявление ультиматумов вроде «сейчас же», «немедленно», всегда чревато опасностью перенапряжения. Поскольку эмоциональная структура таких детей повышено ранима, они требуют более мягкого, эмоционально щадящего, теплого и поддерживающего отношения со стороны окружающих лиц. Только тогда возможно известное созревание эмоциональных структур, их дальнейшее развитие и укрепление. В противном случае при действии чрезмерно интенсивных, сильных, запредельных раздражителей, превышающих порог выносливости нервной системы, возникает защитная реакция в виде тормозимости, доходящая до степени заторможенности, инертности и «копания» на одном месте.

Общее впечатление о раннем эмоциональном развитии — это впечатление о детях, как бы родившихся раньше фактического срока, т. е. с недостаточным внутриутробным периодом развития, эмоционально более ранимых и незащищенных, чем большинство сверстников, что в немалой степени является следствием воздействия на мозг плода эмоционального стресса матери в период беременности и родов. Речь идет не о задержке развития, а о его своеобразии, так как все главные психические функции, включая время появления реакции «эмоционального оживления», речи и ходьбы, не отличаются от нормы. Подобно этому черты эмоциональной ранимости, беззащитности и наивности нельзя определить как проявления психического инфантилизма, поскольку одновременно имеют место опережающее возраст развитие чувства «я» и формирование нравственно-этических установок долга и обязанности. Более подходящим определением является неравномерность психического развития.

Другая особенность развития заключается в его противоречивости — наличии трудновосместимых сочетаний различных характеристик личности, облегчающих появление в дальнейшем внутреннего конфликта. Мы уже касались противоречия между внутренним способом выражения эмоций и общей активностью. Другое существенное противоречие выражено словами матери о раннем психическом развитии своего сына: «Рос подвижным, энергичным, упорным в достижении цели и одновременно чувствительным, впечатлительным и обидчивым». Это противоречие между волевой и эмоциональной сторонами психического развития, гармонии которых можно достичь только при благоприятных, способствующих безопасности и творческому росту внешних условиях. В рассматриваемых случаях этого не происходит, и нарушение баланса взаимодействия волевой и эмоциональной сфер выглядит вначале как их заострение в виде упрямства и сензитивности, а затем под продолжающимся влиянием дисстресса — как подавление (ингибция) волевой и компенсаторное заострение эмоциональной стороны нормирующейся личности. К тому же некоторая недостаточность праксиса приводит к затруднению перехода мыслительного акта в завершенное действие, что создает дополнительные препятствия для реализации творческих возможностей личности.

Рассмотренные преморбидные особенности развития можно сгруппировать следующим образом: 1) сензитивность (эмоциональная чувствительность и ранимость) с выделением из нее структуры впечатлительности; 2) непосредственность (наивность); 3) выраженность чувства «я»; 4) импрессивность (внутренний тип переработки эмоций); 5) латентность (потенциальность — относительно более постепенное раскрытие возможностей личности); 6) противоречивость развития вследствие трудновосместимой конституциональной констелляции некоторых черт темперамента и характера; 7) неравномерность психического развития, обусловленная действием предшествующих факторов.

Описательно ребенок, болевающий впоследствии неврозом, выглядит повышено впечатлительным, эмоционально чувствительным и ранимым, обостренно

реагирующим на отношение окружающих, не сразу раскрывающим себя, подавляющим внешнее выражение чувств и переживаний, наивным, бесхитростным, непосредственным и доверчивым, добрым, отзывчивым, с выраженным чувством «я».

Проиллюстрируем некоторые из этих характеристик высказываниями родителей: «нельзя повыситься на него голос», «стоит одну и ту же фразу сказать не тем тоном, как она обижается — не так сказала»; «так ожидает день рождения, что может даже заболеть от этого»; «его может обидеть даже малолетний кроха»; «даже муху убитую пожалеет»; «очень добрый, за все болезненно переживает, если что-либо не получается, не хочет, чтобы ему помогали, и плачет»; «за всех переживает»; «боится лечь спать, чтобы не проспать целый день»; «тихая в детском саду, послушная, исполнительная, переживает, если что-либо не так, в занятиях активная, любознательная, дома же становится чрезмерно шумной и возбужденной»; «стоит его похвалить и он лезет из кожи вон, чтобы оправдать доверие»; «не просит прощения и не отказывается от своих убеждений»; «у него всегда было свое мнение»; «все вспомнит потом, вначале ни слова»; «никогда не жалуется и не рассказывает о том, что происходит с ним в детском саду»: «когда сыну был один год и он лежал в больнице по поводу пневмонии, то при уколе не кричал и не плакал, а молчал, сжимая кулачки»: «в 4 года дочери удаляли аденоиды и ее одну вынесли бледной, без слезинки, но увидев мать, она разрыдалась и покрылась красными пятнами»; «в полтора года бабушка накричала на внука, который при этом молчал, в 3 года он сказал ей неожиданно: «Почему ты со мной так громко разговаривала?»».

Приведенные характеристики не позволяют сделать вывод о предшествующих неврозу патологических изменениях характера, скорее речь идет как о некотором своеобразии развития, подчеркнутая человеческая основа которого несомненна, так и о наличии отдельных преходящих и незначительно выраженных явлений дизонтогенеза. Знание преморбидных особенностей развития, преморбидной «натуры» позволяет лучше понять патогенез неврозов у детей и построить на его основе соответствующим образом направленный процесс психотерапии.

Личность родителей.

Все те дурные наклонности, которые родители стараются уничтожить в своих детях, гнездятся в них самих.

Г. Спенсер. Воспитание умственное, нравственное и физическое

Описание родителей мы начнем с общей клинико-психологической характеристики, затем рассмотрим данные личностных опросников, посредством которых уточняется ряд сторон личности родителей. Кроме того, опросники дают возможность стандартизации и сопоставления результатов исследования.

По данным обследования 108 семей, мягкость характера у матерей преобладает над твердостью в соотношении 2:1, у отцов твердость незначительно преобладает над мягкостью. У отцов это следствие соответствующих мягких черт характера бабушки ребенка по отцовской линии, недостаточного влияния с его стороны и замещающего воздействия со стороны бабушки по отцовской линии.

У родителей имеется ряд общих особенностей личности, главным образом в виде сензитивности и гиперсоциализации. Под сензитивностью подразумеваются повышенная эмоциональная чувствительность, впечатлительность, ранимость, обидчивость, выражаемые склонностью «все близко принимать к сердцу и легко расстраиваться», а под гиперсоциализацией — заостренное чувство ответственности, долга, обязательности, трудность компромиссов. Контрастное сочетание сензитивности и гиперсоциализации означает наличие внутреннего противоречия между чувством и долгом, способствующим возникновению внутреннего нравственно-этического конфликта.

Другой общей особенностью личности матери и отца является защитный характер поведения, т. е. отсутствие открытости, непосредственности и непринужденности в общении, что обусловлено не столько способом выражения эмоций, сколько ранее имевшимся психотравмирующим опытом межличностных отношений. В связи с этим родители подчеркивают наличие у себя проблем самовыражения и самоконтроля, указывая, что могли бы быть намного активнее, если бы не приходилось сдерживать

себя. Проблемы межличностных отношений не проявляются грубыми нарушениями социальной адаптации, расторможенными и асоциальными формами поведения. Немало проблем и в области сексуальных отношений. Часто встречающееся понижение полового влечения, особенно со стороны женщины, является индикатором эмоциональной неудовлетворенности отношениями в браке, а в более выраженных случаях представляет собой симптом невротического состояния.

Невроз на момент обследования диагностирован у большинства матерей (62%). Если учесть и состояние эмоционального стресса, не достигающее степени невроза, то таких матерей оказывается 78%. Большей частью невроз у них проявляется в виде неврастения и невроза страха; обычно его клиническая форма соответствует клинической форме невроза у ребенка. Наиболее часто невротическое состояние матери проявляется при неврозе страха у детей (80%), несколько реже при неврастении и неврозе навязчивых состояний (63%) и реже всего при истерическом неврозе (40%).

Невроз у отцов наблюдается в три раза реже, чем у матерей (21%). В сочетании с состоянием эмоционального стресса этот показатель увеличивается до 37%.

Чаще всего (53%) встречаются семьи, в которых один из супругов (преимущественно мать) болен неврозом или находится в состоянии эмоционального стресса. Реже имеет место наличие невроза или эмоционального стресса у обоих супругов (29%), и меньше всего семей с отсутствием этих состояний (18%). В большинстве случаев можно говорить о неврозе семьи, подразумевая под этим невротическое заболевание по крайней мере у 2 членов семьи — ребенка и одного из родителей.

И матери и отцы наиболее часто предъявляют жалобы на раздражительность, состояние внутреннего беспокойства, непереносимость ожидания (симптомы эмоциональной лабильности и тревожности). Кроме этого, матери жалуются на повышенную утомляемость, головные боли при напряжении и утомлении, спазмы и боли в области сердца, желудка и кишечника, ощущение комка в горле, покраснения при волнении, ознобы, повышение артериального давления во время напряжений и волнений (симптомы вегетососудистой дисфункции). Соматическая патология у каждой третьей матери представлена не только вегетососудистой дистонией, но и хроническими тонзиллитами и ринитами. У каждого третьего отца отмечена патология со стороны желудочно-кишечного тракта в виде гастритов, язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки, колитов. Обращают на себя внимание более частые, чем в контрольной группе, заболевания кожи у отцов (невродермит, экзема, псориаз). Как правило, они встречаются у лиц стеничных, сексуально неудовлетворенных, сдерживающих внешнее выражение чувств и разряжающих внутреннее напряжение в виде непроизвольно возникающих приступов расчесывания до ощущения боли.

Знание нервно-психической и соматической патологии родителей существенно для ее оценки и учета в психотерапии, поскольку тревожно-мнительная, ипохондрическая и истерическая фиксация детей на своем нервном и соматическом состоянии отражает подобную фиксацию у родителей и представляет одно из самых значительных препятствий для проведения психотерапии. Кроме этого, у детей, как и у родителей, отмечаются вегетососудистые дистонии, частые простудные заболевания, тонзиллиты, риниты, дисфункции желудочно-кишечного тракта. Поэтому облегчающим психотерапию условием является проведение до ее начала или параллельно с ней комплекса общеукрепляющих мероприятий у всех членов семьи, включая санацию очагов хронической инфекции, улучшение иммунной защиты, периодические курсы медикаментозного и физиотерапевтического лечения, наряду с широким использованием действия естественных факторов.

Личностный опросник Айзенка.

Исследовались 167 матерей и 121 отец. По форме «Б» показатели откровенности оказались выше, чем по форме «А», поэтому форма «Б» использовалась как основная. После отсева по шкале «неоткровенность» осталось 145 матерей и 102 отца. Контрольную группу составили 50 матерей и 50 отцов практически здоровых детей.

У матерей при неврозах у детей средний балл по шкале «экстраверсия — интроверсия» составил 10,5, т. е. отмечается умеренная степень интровертированности. Более интровертированы матери детей с неврозами страха и

навязчивых состояний по сравнению с матерями, дети которых больны неврастением и истерическим неврозом. По критерию Стьюдента, различия достоверны.

Отцы детей с неврозами менее интровертированы, чем матери (11,5). Как и у матерей, интровертированность достоверно более выражена при неврозе навязчивых состояний у ребенка.

По шкале «стабильность — нестабильность» у матерей в целом относительно высокий уровень внутренней напряженности — нейротизма (15,0). Этот показатель не меняется в зависимости от формы невроза у детей. У отцов уровень нейротизма существенно ниже (10,0), особенно низок он при истерическом неврозе у детей (7,95).

Итак, матери более интровертированы и более нейротичны, чем отцы. Достоверно более высокий уровень нейротизма у матерей при неврозах у детей по сравнению с контрольной группой ($t=6,4$; $p<0,001$) обусловлен неблагоприятно складывающимися отношениями в семье и нервным заболеванием ребенка. Кроме того, он коррелирует со степенью неудовлетворенности браком и длительностью заболевания у ребенка. Если у матери конфликт с супругом прямо не влияет на выраженность ее нейротизма, то у отца при конфликте с супругой нейротизм понижается, т. е. конфликт для него служит средством разрядки накопившегося нервного напряжения. Подобным же значением у матери обладает конфликт с ребенком. Нейротизм матери всегда выше при попытках жестко доминировать в семье и замещать роль отца. При наличии сына подобная тенденция увеличивает ее и без того выраженную физическую и нервную перегрузку.

Матери и отцы детей с неврозами более интровертированы и соответственно менее общительны, чем родители контрольной группы (у матерей $t=3,97$; $p<0,001$, у отцов ($t=4,6$; $p<0,001$). Этим в немалой степени объясняются внутренний, не раскрываемый внешне, характер выражения эмоций у детей и их затруднения в установлении легких и непринужденных отношений со сверстниками.

В целом матери значительно чаще обладают чертами флегматического и меланхолического (68%), чем сангвинического и холерического темперамента (32%), прежде всего при неврозе навязчивых состояний (различия достоверны) и неврастении. При истерическом неврозе различие несущественно. В контрольной группе аналогичное, но менее выраженное соотношение темпераментов. У матерей детей с неврозом навязчивых состояний по сравнению с контрольной группой отмечается достоверное преобладание черт флегматического и меланхолического темперамента. У отцов эти черты (55%) незначительно преобладают над сангвиническими и холерическими (45%). Однако при неврозе навязчивых состояний отцы (как и матери) обладают достоверно чаще чертами флегматического и меланхолического темперамента. При истерическом неврозе эти различия минимальны, а при неврастении черты сангвинического и холерического темперамента даже несколько преобладают. В контрольной группе эти черты встречаются у отцов достоверно чаще, чем черты флегматического и меланхолического темперамента.

При неврозе навязчивых состояний у детей интровертированы оба родителя, что объясняет типичные для этих детей затруднения в общении. При истерическом неврозе чаще отмечается интроверсия матери при экстраверсии отца. У детей с неврозом навязчивых состояний чаще встречается сочетание меланхолик (мать) — флегматик (отец). Это подчеркивает характерный для данных семей тревожно-депримированный фон настроения.

При истерическом неврозе преобладает сочетание меланхолик или флегматик (мать) — сангвиник или холерик (отец), т. е. имеет место наибольший контраст черт темперамента родителей.

ММРІ (Миннесотский многопрофильный личностный опросник).

Как известно, профиль ММРІ составляют 10 основных шкал: 1 — ипохондрии, 2 — депрессии, 3 — истерии, 4 — психопатии, 5 — мужественности — женственности, 6 — паранойи, 7 — психастении, 8 — шизофрении, 9 — гипомании, 0 — интроверсии. Эти шкалы не определяют диагноза, а являются скорее индикаторами личностных реакций. Интерпретация шкал проводится не столько на основе степени подъема по той или иной шкале, сколько на основе сочетания шкал профиля.

После отсева неправильно заполненных ответных бланков исследуемая выборка в нашем случае составила 142 матери и 110 отцов, разделенных соответственно диагнозам детей на подгруппы с неврозом страха, неврозом навязчивых состояний, неврастением и истерическим неврозом. Для нас основное значение имеет сравнение профилей ММРІ внутри этих клинических групп с учетом пола детей. Как правило, невысокий уровень подъема тех или иных шкал профиля заставляет осторожно подойти к их интерпретации, которая проводится с учетом клинического опыта. Умеренные подъемы отдельных шкал профиля расцениваются нами следующим образом: по шкале «депрессия» — как чувство внутренней неудовлетворенности, пониженный фон настроения, моральный дискомфорт; по шкале «психопатия» — как проблемы самоконтроля, трудности во взаимоотношениях с окружающими, конфликтность; по шкале «паранойя» — как недоверчивость, упрямство, нетерпимость, негибкость мышления, склонность к образованию ситуационно-обусловленных сверхценных идей; по шкале «психастения» — как неуверенность в себе, черты тревожной мнительности, загруженность переживаниями; по шкале «шизофрения» — как недостаточная эмоциональная отзывчивость, излишняя дистанция в отношениях, их формализация, эмоциональная холодность.

Оценка полученных профилей ММРІ была согласована с психологом, специалистом по ММРІ — И. Н. Гильяшевой. При изложении приводимые в скобках цифры обозначают порядковый номер той или иной шкалы, а сочетание цифр — код ММРІ с учетом данных о влиянии на ответы пола испытуемых. Последняя, 0 шкала опущена, так как она существенно не сказывается на конфигурации профиля и ее заменяет более направленная шкала «экстравертированность — интровертированность» Айзенка.

В суммарном профиле личности матерей детей с неврозами заметный подъем наблюдается по шкалам: паранойя, психастения, депрессия, психопатия, что можно трактовать как сензитивность в сочетании со склонностью к подозрительности, недоверчивости, нетерпимости, упрямству, ригидности мышления, образованию ситуационно-обусловленных сверхценных идей (6); проблемы самоконтроля, трудности во взаимоотношениях с окружающими (4); наличие хронических межличностных конфликтов (6—4); понижение биотонуса, неустойчивые соматические жалобы, склонность к раздражительности и конфликтной переработке переживаний (6—2); отсутствие жизнерадостности, оптимизма, чувства внутренней удовлетворенности (2); тревожность и неуверенность в себе (7); недостаточная эмоциональная отзывчивость (8).

Таким образом, личность матерей детей с неврозами сложна и противоречива. Наряду с сензитивностью, тревожностью и неуверенностью в себе имеется комплекс таких черт, как гиперсоциализация и паранойяльность, отражающих негибкость мышления, нетерпимость, склонность к образованию сверхценных идей, что осложняет отношения с людьми, делает их излишне напряженными и конфликтными. В первую очередь это затрагивает сферу семейных отношений, где у матери проявляется излишняя принципиальность и негибкость, неспособность перестроить свою позицию и пойти на уступки и компромиссы.

При сравнении личностных профилей матерей при различных клинических формах невроза у детей наибольшие характерологические изменения имеют матери детей с неврастением, у них отмечается более выраженный и одновременный подъем шкал психопатии, паранойи, шизофрении и психастении. Эти подъемы включают ряд трудносовместимых шкал, например паранойи и психастении, что говорит о противоречивом, маргинальном типе личностной структуры матерей, а также о нередко находящемся в основе их паранойяльного настроения тревожности и неуверенности в себе. В то же время негибкость мышления, излишняя принципиальность и недостаточная эмоциональная отзывчивость таких матерей (то, что мы обозначаем как комплекс «Царевна Несмеяна») объясняют недостаточную теплоту в отношениях с детьми, излишнюю требовательность и категоричность, безоговорочное навязывание пунктуального режима дня и чрезмерно ранних моральных предписаний, как и недоверие к опыту ребенка, его самостоятельности и активности. Подобное отношение иногда встречается в семьях с психопатией и шизофренией у ребенка, где оно более резко выражено, сопровождается эмоциональной холодностью, безразличием, скрытой или явной враждебностью. В изучаемых же нами семьях матери эмоционально более чувствительны и тревожны,

критичны к некоторым недостаткам своего характера, переживают затруднения в межличностных контактах и испытывают чувство вины. Таким образом, у матерей детей с невротами можно говорить скорее о неблагоприятно сформировавшихся личностных установках, чем о наличии патологического характера или патологии личности в целом. Это подтверждается положительным опытом перестройки таких установок в процессе семейной психотерапии. Кроме этого, большинство родителей понимают в общих чертах неестественность своего отношения к детям, его крайности, одновременно заявляя, что они ничего не могут сделать с собой, как и перестроить свои отношения. Некоторые родители добавляют, что где-то в глубине души у них существуют как бы два характера, один из которых борется против другого. Объясняется это тем, что собственный опыт родителей, в первую очередь матери, вступает в противоречие с опытом воспитания в прародительской семье, особенно со стороны бабушки ребенка по материнской линии. Подобное противоречие порождает борьбу мотивов, отсутствие внутреннего единства и непоследовательность в обращении с детьми. Если мать и отец видят у ребенка те же проблемы, что и у себя в детстве, они начинают осознавать противоречивость отношения к нему, но тем не менее не могут самостоятельно перестроить себя ввиду наличия большого числа неразрешимых личностных проблем.

Сравним профили у матерей мальчиков и девочек с неврастениями. У матерей мальчиков наблюдается наибольшая степень характерологической отягощенности по сравнению не только с матерями девочек, но и матерями детей с другими формами невроза. Это подчеркивают подъемы по шкалам шизофрении, паранойи и психопатии. Их соотношение указывает на трудности во взаимоотношениях с противоположным полом — сыном и мужем, способствуя возникновению конфликтной ситуации в семье. Профиль матерей девочек с неврастениями не содержит подъема по шкале шизофрении и наряду с небольшими подъемами по шкале паранойи и психопатии имеет подъем по шкалам депрессии и психастении.

Известным контрастом профилю матерей при неврастении у детей является профиль при неврозе страха, в котором отмечен не имеющий аналогии при других неврозах у детей подъем по шкале депрессии (73Т с коррекцией). Наряду с более низкой 5-й шкалой это говорит о мягкости и уступчивости характера таких матерей, невысоком жизненном тоне, невыносливости, сниженном настроении и беспокойстве, выраженном чувстве внутренней неудовлетворенности, заниженном уровне самооценки и пессимистической оценке перспективы. Подобный тревожно-депримированный фон настроения матери передается ребенку в процессе общения с ним.

Профиль у матерей детей с невротом навязчивых состояний содержит небольшой подъем по шкале депрессии и большой подъем по шкале паранойи. Паранойяльные черты личности матерей, как и в остальных случаях, не достигают степени выраженных характерологических расстройств и тем более психопатии и имеют значение только в сравнении с матерями детей с другими клиническими формами невроза. Тем не менее паранойяльные черты во многом объясняют негибкость в отношениях с детьми, недоверие к их опыту, навязывание своего мнения, нетерпимость и излишнюю принципиальность. Нередко эти педантичные и в то же время аффективно-неустойчивые матери считают смех и радость неприличными чувствами, а детские забавы аналогией правонарушений.

В группе матерей детей с истерическим невротом наибольшее число лиц, чьи профили были исключены как завышенные по шкале лжи. В оставшихся случаях обращает на себя внимание относительно высокий по сравнению с другими матерями подъем по шкале F — достоверность (78Т с коррекцией), что указывает на склонность к аффектам, неудовлетворенность, низкую конформность.

У отцов в профиле MMPI, как и в личностном опроснике Айзенка, не прослеживаются, в отличие от матерей, отчетливые психопатологические изменения. В общем профиле незначительно выделяются относительно других шкалы депрессии и женственности, что подтверждают отмеченные ранее черты некоторой минорности, пассивности и мягкости характера, являющиеся следствием неполной семьи в детстве, недостаточной роли отца и замещающего влияния матери.

Наиболее выражены характерологические сдвиги у отцов детей с невротом страха, у которых наблюдаются подъемы профиля по шкалам депрессии и паранойи и подчеркивающее шкалу депрессии западение шкалы гипомании, а также

выраженный подъем по шкале женственности. Все вместе это выглядит как недостаточная мужская идентификация, пассивность, сензитивность наряду с чувством неполноценности, подозрительностью и недоверчивостью, склонностью к образованию ситуационно-обусловленных сверхценных идей, а также долгое сохранение неприятных переживаний, затруднения в межличностных отношениях узкого круга. В этих характеристиках отцов заложены предпосылки для развития сверхценных реакций страха у детей как выражения настороженности и неверия в отношении всего нового и неизвестного. В профиле обоих родителей детей с неврозом страха заметен подъем по шкале депрессии, что подтверждает характерный для всей семьи тревожно-депримированный фон настроения. В итоге родители детей с неврозом страха вследствие своей беспомощности, тревожности, ригидности и наличия большого числа личностных проблем не только не могут являться для детей примером адаптивного поведения в сложных ситуациях, но и непроизвольно подкрепляют дезадаптивное поведение своим беспокойством, паникой и ригидной фиксацией переживаний.

Слабость «я», излишняя мягкость, чувствительность, сентиментальность, недостаточная активность и беспокойство присущи и отцам мальчиков с неврозом навязчивых состояний. Эти отцы также не могут управлять ситуацией в семье и быть для детей социально приемлемым объектом идентификации.

Отдельно были рассмотрены профили у матерей и отцов, считающих свои отношения конфликтными и неконфликтными.

У матерей, определяющих отношения с отцами как конфликтные, наблюдается небольшой подъем по шкале шизофрении, что можно трактовать как недостаточную эмоциональную отзывчивость и формальное восприятие отношений в браке. У отцов, находящих отношения конфликтными, отмечается подъем по шкале женственности, что свидетельствует о мягкости характера, повышенной эмоциональной чувствительности и сентиментальности, неспособности справиться с проблемами в семье.

Для сопоставления личностных особенностей родителей детей с неврозами с контрольной группой родителей без невроза у детей (50 матерей и 50 отцов) были выделены следующие 10 дополнительных шкал ММРІ (в скобках дается номер шкалы): доминантность (49), лидерство (106), играция ролей (177), контроль (26), общее плохое приспособление (70), импульсивность (93), тревога (16), зависимость (57), сила «я» (62), личностная изменчивость (69). При сравнении с контрольной группой оба родителя менее доминантны, прежде всего отцы; реже бывают лидерами вне семьи, особенно отцы при неврозе страха у детей; хуже играют роли, контролируют себя и приспособлены к действительности. Большая импульсивность отмечается только у матерей, у отцов она почти такая же, как в контрольной группе. Оба родителя более тревожны и зависимы, чем в контрольной группе, у них меньшая сила «я», особенно при неврозе страха у детей, и большая личностная нестабильность. Эти личностные изменения у родителей во многом объясняют затруднения в общении детей со сверстниками.

Личностный опросник Кеттэла.

Мы использовали одновременно формы «А» и «С» у 10 матерей и 88 отцов детей с неврозами ввиду разного уровня их образования. Сравнение с контрольной группой родителей без невроза у детей (38 матерей и 33 отца) проводилось по форме «А», в то время как сравнение внутри группы родителей с неврозами у детей осуществлялось по обеим формам. Остановимся только на общих результатах. Достоверность различий определялась по критерию Стьюдента.

У матерей детей с неврозами достаточно чаще по сравнению с матерями детей без невроза выявляются большая робость и осторожность в контактах с людьми (фактор Н). Они более недоверчивы, подозрительны и осторожны при высоком самомнении (фактор L), менее непосредственны и более расчетливы (фактор N). Отмечаются более, низкий самоконтроль, особенно в аффективной сфере, большая неустойчивость в характере и конфликтность (фактор Q₃). Значительно более выражены внутренняя напряженность, фрустрированность, взвинченность, нетерпеливость, утомляемость и плохое настроение (фактор Q₄).

У отцов достоверные различия с контрольной группой наблюдаются в отношении большего беспокойства, неуверенности; чувства вины (фактор О), консерватизма и морализирования (фактор Q₁).

По обеим формам сравнение личностных особенностей родителей мальчиков и девочек с неврозами показывает, что матери мальчиков с неврозами достоверно более аффективно-нестабильны и неуравновешенны (фактор С формы «С»), а отцы менее общительны (фактор А формы «А»). Из этого следует, что ситуация в семье мальчиков более тяжелая, чем у девочек.

У родителей детей с неврозом по сравнению с родителями контрольной группы выявлен достоверно больший контраст по ряду личностных характеристик: реалистичность — утонченность (фактор I по форме «А» и «С»); робость — смелость (фактор Н по форме «А»); конформность — неконформность (фактор Q₂ по форме «А»); низкий — высокий самоконтроль (фактор Q₃ по форме «А» и «С»); расслабленность — фрустрированность (фактор Q₄ по форме «А»).

Этот больший, чем в контрольной группе, контраст личностных характеристик родителей подтверждает невротически мотивированный тип построения супружеских отношений, что неблагоприятно отражается на отношениях родителей и создает противоположные типы воспитательного подхода к детям.

При разделении семей детей с неврозами на конфликтные и бесконфликтные (по оценке матерей) конфликт достоверно чаще наблюдается у матерей эмоционально нестабильных, неуравновешенных (фактор С формы «С»), экспансивных (фактор F формы «А»), с более высоким интеллектом (фактор В формы «А»), прямолинейных в суждениях (фактор N формы «А»), ориентированных на внешнюю сторону событий (фактор М формы «А») и консервативных (фактор Q, формы «С»). Отцы, с которыми конфликтует мать, беспокойны и неуверенны в себе (фактор О формы «С») наряду с высоким напряжением (фактор Q₄ формы «А») и расчетливостью (фактор N формы «А»).

Следует заметить, что конфликтные отношения между родителями детей с неврозами в более широком, социально-психологическом, плане представляют собой модель конфликтных отношений в разнополой диаде.

Личностный опросник Лири.

Каждый из 76 родителей детей с неврозами характеризовал следующие аспекты: «я сам»; «каким бы я хотел быть»; «моя жена (мой муж)»; «мой идеал жены (мужа)»; «я, по мнению жены (мужа)».

По данным опросника, оба супруга внутренне конфликтны, с низкой степенью самопринятия. Негативно окрашенной «я-концепции» противостоит «идеальная концепция «я», в которую они хотели бы, но не могут верить. В контрольных семьях муж и жена (50 пар) внутренне неконфликтны, без ощущения ущербности, степень самопринятия значительно выше, «идеальная концепция совпадает с «я-концепцией». Кроме этого, в невротических семьях супруги менее зависимы от группы, чем в контрольных семьях, что указывает на нарушения общения, известную социально-психологическую изоляцию и развитие эгоцентрических тенденций. Затруднения в сфере общения не могут быть компенсированы в семье ввиду конфликтного характера семейных отношений, что еще больше усиливает самоизоляцию и связанное с ней чувство беспокойства.

Анализ взаимных психологических портретов показывает, что на осознанном уровне каждый из супругов хочет, чтобы другой был ему подобным. Это желание, как форма рационализации, вступает в противоречие с реальной ситуацией, сложившейся в семье, указывая на проявления у супругов эгоцентризма, негибкости и авторитарных тенденций. Каждый из них также считает, что другой должен быть более конформным, доверчивым и менее упрямым. Оба супруга расценивают мнение другого о себе следующим образом: «Я знаю, что обо мне думает жена (муж), но я не такой». Это указывает на несовпадение их представлений друг о друге и низкое взаимопонимание. В контрольных семьях взаимные представления мужа и жены большей частью совпадают. Они расценивают мнение о себе так: «Я знаю, как обо мне думает жена (муж), и я такой».

Получен ряд отличий в характеристиках родителей при разделении семей детей с неврозами и в контрольной группе на конфликтные и бесконфликтные (по отдельным

оценкам матери и отца). При неврозах у детей матери, склонные определять свои отношения с отцом как конфликтные, чаще обладают доминантными (властными) чертами характера (I октанта); самоуверенностью и самовлюбленностью (II октанта); непримиримостью и жестокостью (III октанта); упрямством, негативизмом и скептицизмом (IV октанта). Наоборот, реже находят свои отношения с мужем конфликтными матери уступчивые (V октанта); доверчивые (VII октанта); отзывчивые, бескорыстные и жертвенные (VIII октанта). В контрольных семьях у матерей, определяющих свои отношения с мужем как конфликтные, нет различий по I и II октантам, т. е. при неврозах у детей доминантность и эгоцентризм матери являются качествами, способствующими в первую очередь возникновению конфликтных отношений в семье. У отцов подобные различия менее выражены, за исключением III октанты, где они подчеркнуты в невротических семьях. Кроме этого, у отцов по сравнению с матерями противоположное соотношение в обеих группах наблюдается по VII октанте.

Методика незаконченных предложений.

Посредством этой методики удается определить сравнительную значимость конфликтных отношений к матери, отцу, семье, половой жизни, товарищам и знакомым, вышестоящим лицам, подчиненным и товарищам по работе; конфликтных отношений к себе, прошлому и будущему, а также к жизненным целям, страхам и опасениям, чувству вины. Полученные данные представляют результат обработки ответов 68 матерей и 50 отцов детей с неврозами.

Наиболее конфликтно воспринимаемыми сферами отношений у обоих родителей являются страхи и опасения (94% матерей и 92% отцов) и чувство вины (91% матерей и 88% отцов). Из других конфликтных сфер выделяются: отношение к прошлому (65% матерей и 68% отцов), к себе (56% матерей и 62% отцов), к половой жизни (71% матерей и 58% отцов), а также отношения матерей к вышестоящим лицам (56%), отцов к подчиненным (48%). Заслуживают внимания и конфликтные отношения в прародительской семье: у матери ребенка чаще конфликтные отношения со своей матерью в детстве (44%), чем у отца (30%), и более значимо конфликтное отношение к прошлому, что подтверждает ранее сделанные нами выводы.

Невротическая структура личности родителей находит свое отражение прежде всего в сфере восприятия себя, т. е. в существовании постоянных страхов и опасений, чувства вины, недовольства собой и неприятия себя, выражаемых в итоге лабильной и пониженной личностной самооценкой. Те же данные получаются из анализа профиля ММРІ (частый подъем по шкале «депрессия»), дополнительных шкал ММРІ, опросников Кеттэла и Лири.

Методика Розенцвейга.

Мы использовали ее у 59 матерей, включая 12 матерей из неполных семей, и у 44 отцов детей с неврозами. Контрольная группа состояла из 48 матерей и 44 отцов. Проективная основа метода заключается в выявлении реакций (ответов) испытуемых на месте того или иного персонажа, изображенного в ситуации фрустрации. На содержании ответов может сказываться социальная установка типа «я должен поступить так, как принято, и дать соответствующий ответ на месте этого персонажа». В наибольшей мере это относится к родителям детей с неврозами, которые придерживаются социальных стандартов и испытывают чувство вины и беспокойства при кажущемся или реальном отклонении от них. Ввиду этого у матерей и отцов детей с неврозами нет значительных различий с контрольной группой, особенно в плане общего преобладания самозащитных реакций над препятственно-доминантными и упорствующими ($ED > OD > NP$). Тем не менее можно выделить ряд отменяющих норму особенностей.

У матерей детей с неврозами по сравнению с контрольной группой несколько чаще проявляется интропунитивная (т. е. самообвиняющая) и импунитивная (уклоняющая или примиряющая) направленность ответов и соответственно менее часто звучит их экстрапунитивная (внешнеобвиняющая) направленность. У отцов детей с неврозами по сравнению с контрольной группой отмечается значительное преобладание экстрапунитивной направленности ответов, т. е. они ищут источник конфликта вне себя; несколько чаще, чем в норме, ответы импунитивной направленности и несколько реже — интропунитивные ответы.

По типу реакций и матери и отцы несколько реже обнаруживают самозащитный и упорствующий тип реакций и чаще — препятственно-доминантный. В последнем случае они или застревают на конфликтной ситуации, или считают ее само собой разумеющейся, или отрицают факт ее существования. В этом заложены предпосылки семейного конфликта, что подтверждается при разделении семей на неконфликтные и конфликтные (по оценке обоих родителей). В последних у матерей чаще встречаются ответы препятственно-доминантного типа и увеличивается их импунитивная направленность. В отдельно рассматриваемых неполных семьях, где произошел разрыв брачных отношений, у матерей реже, чем в полных семьях (конфликтных и бесконфликтных) и в норме, наблюдается интропунитивная (самообвиняющая) и чаще экстрапунитивная (внешнеобвиняющая) направленность ответов. В этом проявляются личностные особенности матери, способствующие разводу.

У отцов в конфликтных семьях более выражена, чем в бесконфликтных семьях и тем более в контрольной группе, экстрапунитивная (внешнеобвиняющая) направленность ответов, т. е. они не рассматривают себя как источник конфликта. Одновременно у них реже проявляется импунитивная (уклоняющая или примиряющая) направленность ответов.

Коэффициент социальной адаптации (GCR) у родителей детей с неврозами достоверно меньше, чем у родителей контрольной группы. Это обусловлено неблагоприятными личностными особенностями родителей детей с неврозами, в том числе их внутренней конфликтностью. Коэффициент социальной адаптации у них (по совпадающей оценке обоих родителей) значительно менее выражен в конфликтных семьях. Наиболее низкие показатели GCR у матерей, считающих в отличие от отцов свои отношения в семье бесконфликтными. В отличие от матерей у отцов в этих же семьях коэффициент социальной адаптации максимален. Минимален он у отцов, которые по сравнению с матерями считают свои отношения бесконфликтными. Следовательно, в семьях с односторонним конфликтом менее социально адаптирован тот из родителей, который оценивает свои отношения в отличие от другого родителя как бесконфликтные.

Цветовая методика Люшера.

В отличие от методики Розенцвейга цветовая методика Люшера более информативна и чувствительна, особенно в отношении выявления стрессовых состояний, но ее интерпретация должна проводиться с еще большим сопоставлением с данными клиники. Сущность методики состоит в анализе характера выбора цветов в порядке предпочтения из 8-цветового набора. Методика применялась на первом этапе в 90 парах «мать — ребенок с неврозом» и 70 контрольных парах «мать — ребенок без невроза и нарушений поведения», на втором этапе — у 50 родителей детей с неврозами.

Матери детей с неврозами предпочитают зелено-синие и коричнево-серые цвета, отвергают красный. Это свидетельствует о потребности в расслаблении, покое, восстановлении сил. Они действуют больше через напряжение, отгораживаются и защищают себя от конфликтов. В контрольной группе матери больше предпочитают красные и синие цвета, которые говорят о большей активности и силе «я». Кроме напряженности, защитности и упрямства, у матерей детей с неврозами выявляются и такие стороны стресса, как неудовлетворенность эмоциональными отношениями, разочарование и безнадежность положения, боязнь предпринимать что-то новое.

Значительные отличия от контрольной группы наблюдаются в отношении выраженной тревожности как у матери, так и у ребенка с неврозом. Причем имеет место прямое соотношение между тревожностью матери и тревожностью у ребенка. Это — существенный факт, подчеркивающий тревожность матери как главный источник тревоги ребенка. Поэтому эффективность психотерапевтических усилий может быть сведена на нет при сохранении тревожного состояния матери. Максимум тревожности в паре «мать — ребенок» встречается при неврозе страха и неврозе навязчивых состояний, менее часто при неврастении и меньше всего при истерическом неврозе.

Отдельно был проанализирован выбор цветов у матерей и отцов при неврозах у детей. Согласно интерпретации, источники стресса и тревоги у обоих родителей близки между собой. В основном это неудовлетворенные эмоциональные потребности

и заостренное желание независимости, которое сочетается с нежеланием идти на риск потерять все, сопровождаясь внутренней конфликтностью, чувством напряжения и беспокойства. В существующем положении у матерей проявляются раздражительность и импульсивность, когда они односторонне выделяют свои желания и действия без учета последствий (эгоцентризм и прямолинейность). У отцов потребность избавиться от переживаний питается иллюзорными надеждами на идеализированную близость, основанную на обаянии обеих сторон. Матери требовательны в обращении, но избегают открытых конфликтов, которые могли бы помешать свершению надежд и замыслов. У них выражена потребность в поддержке и подбадривании со стороны других, их участии в разрешении проблем. Отцы более болезненно воспринимают непонимание окружающими их нужд и желаний. При этом у них часто появляются чувство одиночества, мысли о том, что им не к кому обратиться и не на кого положиться.

Оба родителя хотят преодолеть трудности и упрочить свое положение, для чего им необходимо признание в сочетании с чувством безопасности и избавлением хотя бы от части проблем. Однако реально это неосуществимо из-за чувства усталости, душевного надлома, непомерности требований к себе, неадекватных способов утверждения своей самостоятельности и независимости. Поиск спасения от проблем видится в безопасной, свободной от конфликтов ситуации, но это, по существу, бегство от себя, отказ от реалистического разрешения личностных конфликтов, что подтверждается и частым непризнанием самого факта наличия эмоциональной неудовлетворенности. Вместо этого, как мы увидим далее, родители разрешают свои проблемы за счет ребенка, идеальный образ которого и выступает вначале для них в качестве очага безопасности и эмоционального принятия, но затем под влиянием действительности перестает играть эту роль, вызывая конфликтную диспозицию по отношению к ребенку и заостря отношения между самими родителями.

Отношения в семье.

Выявленные характерологические и невротические изменения у родителей являются большей частью следствием неблагоприятных условий формирования их личности в прародительской семье в детском и подростковом периоде жизни. Личностные изменения родителей отражаются на их отношениях в браке и на воспитании детей, создавая характерологически и невротически мотивированные проблемы семейных отношений. Поэтому мнение о том, что ребенок, к примеру, может длительно болеть неврозом под воздействием только одного испуга, не соответствует действительности, так как испуг является выражением беспокойства ребенка как одного из многих проявлений его невротического типа реагирования, обусловленного, в свою очередь, личностными особенностями родителей и нарушенными отношениями в семье.

В данном разделе остановимся на некоторых наиболее актуальных для психотерапии сторонах семейного конфликта, выражающих особую структуру межличностных отношений в семье. Речь пойдет не только о внешней стороне конфликта, но и о проявлении постоянного внутреннего недовольства, раздражения и обиды, имеющих своим источником столкновение несовместимых желаний, установок и потребностей в отношении того или иного конкретного лица в семье.

Конфликт может создавать постоянное и неразрешимое состояние внутреннего эмоционального напряжения типа дистресса, ослабляющего биотонус, реактивность и чувство психического единства. Наиболее часто можно говорить о наличии невротического, субъективного конфликта, опосредованного невротической структурой личности и диспозицией в системе отношений.

У родителей это выглядит как основанное на личностном, во многом неудачном, опыте отношений в прародительской семье построение в браке идеализированных концепций «образа матери» у мужа и «образа отца» у жены. Эти повышенные, нередко болезненно заостренные, ролевые ожидания супругов по механизму невротической зависимости в начале брака облегчают взаимопонимание между ними, нередко приводя к обоюдной или односторонней идеализации образа партнера и самих брачных отношений. Но в дальнейшей супружеской жизни повышенные ролевые ожидания вступают в противоречие с реальными жизненными ситуациями,

невротически заостряя их, особенно в кризисные периоды жизни семьи, связанные с отделением от родителей, вмешательством с их стороны, рождением ребенка, его болезнями и т. д. В эти периоды чаще возникают напряженные отношения между супругами из-за проблем доминирования в семье и воспитания детей. В ряде случаев эти проблемы не могут быть разрешены усилиями самих супругов, и развод в таких случаях указывает на неподготовленность к восприятию реальных проблем семейной жизни. Чаще всего развод происходит в первые годы жизни ребенка, так как его отец не может перенести безоговорочное переключение внимания супруги на ребенка. Аффективно-болезненно и ревниво реагируя на это, он воспринимает себя как «третьего лишнего» и уходит обычно к своей матери, где получает недостающие, с его точки зрения, заботу, внимание и любовь.

В сохранившихся семьях идущие от прародителей персонификации постепенно замещаются взаимной проекцией супругов, когда каждый из них видит в другом прежде всего самого себя, идеализируя этот образ и аффективно реагируя на несоответствие его своим ожиданиям. Неосознанное восприятие другого как подобного себе, односторонние требования отзывчивости, понимания и любви вступают в противоречие с реальным контрастом черт характера супругов, порождая у них чувство неудовлетворенности и внутренний, долгое время не раскрываемый внешне конфликт. В этой ситуации на появившегося ребенка аффективно переносятся нереализованные ожидания супругов, и тогда он вынужден выполнять противоречивые роли или функции, превышающие предел его адаптационных возможностей. Концентрируя на себе эмоциональное напряжение родителей, ребенок в то же время усиливает их неотреагированный и большей частью латентный конфликт, который в полной мере проявляется в сфере его воспитания в виде противоположных тактик отношения родителей.

В изучаемых семьях каждая вторая мать и каждый третий отец считают отношения между собой конфликтными. В то же время конфликт, признаваемый или матерью, или отцом, встречается в 57,5%, а признаваемый обоими в 34% случаев. В последнем случае можно говорить о выраженной степени конфликта, обычно затрагивающего все сферы семейных отношений и проявляющегося чаще в семьях девочек, где отец оказывается в эмоциональной изоляции и аффективно-ранимо реагирует на отдаление от него супруги и дочери.

Гораздо чаще, чем в контрольных группах, конфликт проявляется также в сфере отношений родителей к детям. У матери конфликт, как по ее оценке, так и по оценке отца, отмечается в 69% случаев и чаще звучит в отношениях матери с мальчиками (72,5%), чем с девочками (64%). В семьях мальчиков часто встречается ситуация, когда у матери нет конфликта с отцом, но он максимально выражен в отношениях с сыном. При этом мать аффективно-нетерпимо относится прежде всего к тем чертам мальчиков, которые напоминают нежелательные, с ее точки зрения, черты характера отца, т. е. здесь проявляется не выражаемый внешне конфликт с отцом ребенка. Мальчик при этом является «козлом отпущения» для матери, и пара «мать — сын» предстает как наиболее частое конфликтное сочетание в рассматриваемых семьях. У девочек, в отличие от мальчиков, чаще имеет место открытый конфликт матери и отца, т. е. родители в большей степени «разряжают» нервное напряжение друг на друге, чем на дочери.

Конфликт отца с детьми, как по его оценке, так и по оценке матери, наблюдается значительно реже — в 34% случаев, наиболее редко с дочерьми, но в последнем случае отец чаще всего конфликтует с матерью, компенсируя таким образом в отношениях с ней свое напряжение.

Если учесть все виды конфликтов в семье, то они встречаются в 92,5% семей мальчиков и в 76% семей девочек. Следовательно, конфликтная структура отношений более присуща семьям мальчиков, в которых излишне принципиальная и требовательная мать аффективно реагирует на реальное несоответствие ей же созданного образа сына как контраста упрямому и несговорчивому, по ее мнению, отцу ребенка, способному оказывать на него только неблагоприятное воздействие. Подобное отношение матери является отражением ее гиперсоциализированных и нередко паранойяльных черт характера. Эта же мать упорно защищает мальчиков от образования эмоционального союза с отцом, при котором она оказывалась бы в состоянии эмоциональной и половой изоляции в семье. Субъективно воспринимаемая матерью угроза эмоционального одиночества обусловлена травмирующим опытом ее

взаимоотношений в прародительской семье. Не допускаясь в сознание, эта угроза способствует образованию аффективно-защитного реагирования по отношению к сыну, который, к тому же, больше устраивал мать, если бы был девочкой. Таким образом, отношение матери невротически мотивировано.

Принимая во внимание, что при наличии в семье мальчика конфликт чаще всего проявляется в отношениях матери с ним, а при наличии девочки — между отцом и матерью, следует сделать вывод о большей конфликтной диспозиции у родителя противоположного с ребенком пола, обусловленной непереносимостью эмоциональной и половой изоляции в семье и ревностью к образованию разнополого союза другого родителя и ребенка. Так создается препятствие для идентификации детей с родителями того же пола — у мальчиков с отцом, ввиду отрицательного отношения матери к их сближению, а у девочек с матерью, ввиду отрицательного отношения отца. В более неблагоприятной ситуации оказываются мальчики, так как практически во всех случаях их отцы не доминируют в семейных отношениях и воспитании. В этих условиях затрудняется и эмоциональный контакт девочек с отцами, что впоследствии неблагоприятно отражается на их отношениях с противоположным полом.

Вне зависимости от пола детей конфликтное противопоставление родителями точек зрения на воспитание служит для них своеобразной разрядкой напряжения и предотвращает в известной мере некоторые крайности отношения к детям, прежде всего чрезмерный уровень заботы, аффективность, физические наказания. Но это «позитивное» значение родительского конфликта сопряжено с уменьшением индивидуализации и повышением тревожности в отношениях с детьми, непоследовательностью и различиями в родительской заботе и контроле, что способствует нарастанию возбудимости детей. Вместе с ранее рассмотренными нарушениями процесса идентификации это обуславливает повышенную внушаемость детей в общении с посторонними лицами. Появление второго ребенка уменьшает конфликты родителей между собой и с первенцем. Наименее конфликтна для отца ситуация в семье, когда в ней два мальчика, так как в этом случае он имеет возможность чаще доминировать в семье, т. е. с его мнением больше считаются. Конфликт родителей с первым ребенком уменьшается при появлении сибса другого пола, особенно у матери при рождении девочки, когда она образует с ней эмоциональную диадку и перестает ранимо реагировать на сближение мальчика с отцом. Но при появлении второго ребенка возникает конфликт между детьми, когда они начинают ревниво воспринимать отношение родителей к себе, заменяя этим теперь не проявляемый внешне конфликт родителей.

Если в семье проживает бабушка, то она, как и мать, ревниво относится к отцу, считая, что он оказывает отрицательное влияние на ребенка. Незримо конкурируя с матерью ребенка (своей дочерью) и его отцом, бабушка, по существу, вытесняет дочь из ее материнской роли, относясь тем самым к внуку, как к своему ребенку. Дочь же, в свою очередь, вытесняет отца ребенка. Тогда создается парадоксальная ситуация, когда отец, оказавшись в роли «третьего лишнего», не принимает участия в жизни семьи или уходит из нее. В наиболее травмирующей ситуации в данном случае оказываются мальчики, у которых бабушка в роли «матери» и мать в роли «отца» создают «псевдосемью», разрушающую саму возможность идентификации мальчиков с отцом.

Во всех случаях доминирование матери в изучаемых семьях, в отличие от контрольных, носит менее гибкий и ситуативный характер, отец же доминирует реже, особенно при наличии конфликтной ситуации в семье. При этом мать иной раз не хочет, но вынуждена доминировать в семье, чтобы сохранить влияние на ребенка, в то время как отец хочет доминировать, но не может из-за своего мягкого характера и эмоциональной изоляции в семье. Ребенок в этих условиях становится центром родительского конфликта, а его невроз — клиническим выражением личностных проблем родителей в аффективном фокусе их взаимоотношений.

Как уже отмечалось, родители в изучаемых семьях невротически зависят друг от друга. Поэтому трудно сделать категорический вывод об ответственности одного из них за возникновение конфликтной ситуации в семье. К примеру, излишняя принципиальность, требовательность, вынужденное доминирование матери могут быть ответной реакцией на излишнюю мягкость и несамостоятельность отца, его недостаточно включенную позицию в жизни семьи.

Основная проблема родителей состоит в неумении обеспечить эмоционально ровные, взаимоприемлемые, гибкие и непосредственные отношения вследствие неблагоприятных изменений их личности, главным образом низкой степени самопринятия и тесно связанного с этим чувства взаимного недоверия. Часто имеющее место аффективно-настороженное восприятие действий партнера в браке неосознанно мотивировано избеганием травмирующих переживаний, в еще большей степени понижающих чувство собственного достоинства и самопринятия. Таким образом, аффективная, нередко тревожно проявляемая, настороженность лежит в основе чувства недоверия родителей друг к другу, являясь одним из выражений их невротического типа реагирования. В ряде случаев недоверие обусловлено гиперсоциализированными и паранойяльными чертами личности родителей, когда они поступают излишне формально и принципиально, не учитывают требования момента, слишком нетерпимы к слабостям и ошибкам друг друга.

Недоверие родителей, как сплав аффекта, характера и ситуации, распространяется на отношения с детьми, вступая в противоречие с формирующимся у них чувством собственного достоинства и самоуважения, что способствует возникновению ответных напряженных отношений. Таким образом, конфликт родителей с детьми в первую очередь обусловлен неблагоприятными изменениями личности самих родителей и их невротическим состоянием, скрытыми или явными разногласиями между ними. Конфликтные ситуации нередко драматически представлены в неполных семьях, где мать не принимает мальчиков из-за нежелательных, с ее точки зрения, общих черт с отцом. Все помыслы таких матерей направлены на недопущение встреч ребенка и отца. Одна мать так высказалась про своего сына: «Я имею вечный портрет бывшего мужа перед собой».

Вследствие своих разногласий и личностных особенностей родители также не могут вовремя и согласованно адаптироваться к ребенку, требующему индивидуального, эмоционально щадящего, терпеливого и доверительного отношения. В результате у ребенка возникают эмоциональные нарушения, создающие определенные препятствия для последующей адаптации в отношениях с родителями, которые реагируют на это аффективным и противоречивым образом, еще более расходясь во мнении друг с другом. Так возникает патологический круг нарушенных семейных отношений.

Другим немаловажным обстоятельством появления аффективного отклика детей на характерологически и невротически спровоцированные требования является их несоответствие фактическому поведению родителей. Это иллюстрируется примерами, когда аффективно-неустойчивые и эгоцентричные родители сами устраивают истерики при неудовлетворении ребенком их капризов и в то же время требуют от него послушания и умеренности в желаниях; когда они пугают детей всяческими последствиями невыполнения их требований и в то же время ожидают от них уверенности в себе; когда родители постоянно опаздывают на прием, но требуют от ребенка педантичного соблюдения режима дня; когда мать жалуется на несдержанность сына и постоянно перебивает врача; когда родители глухи к просьбам детей, но нетерпимы к их упрямству и т. д. Во всех этих случаях родители «не замечают» у себя тех особенностей характера и поведения, на появление которых у ребенка реагируют аффективно-болезненно. Более того, они проецируют на детей свои проблемы и переживают их впоследствии вместе с ними. Некоторых родителей, особенно матерей, пугает в ребенке не столько отличие от других детей, сколько то, что он воспроизводит их собственные проблемы детства, с которыми они сами не справились в свое время. Осознание подобной взаимосвязи и появление чувства вины являются не только мотивом обращения за помощью к врачу, но и причиной перехода родителей в другую крайность, когда они идут во всем навстречу ребенку. Последний при этом своим аффектом страха держит родителей в качестве своеобразных «заложников», компенсируя многие из крайностей их предшествующего подхода. Подобная неустойчивость и непоследовательность родителей типичны для изучаемых семей детей с неврозами.

Следует также отметить патогенную значимость не выражаемых внешне раздражения и недовольства родителей, которые иной раз больше гнетут и волнуют детей, чем если бы родители выразили внешне и определенно свои, пусть даже и отрицательные, чувства. Основным психотравмирующим моментом здесь является развитие у детей состояния неопределенности и тревожного ожидания, ведущего к

появлению диффузного чувства беспокойства. Патогенность этой ситуации усиливается негласным родительским запретом на любые выражения отрицательных чувств у детей. Эти табуированные предписания создают резкий контраст между детской непосредственностью и родительской озабоченностью, когда дети не могут пожаловаться даже родителям, опасаясь, что их неправильно поймут, осудят или накажут. В этой ситуации и мать, и отец не понимают, что блокирование выражения эмоций у детей способствует появлению у них напряженности и замещающим ее агрессивным фантазиям.

Длительно существующие и неразрешимые проблемы взаимоотношений родителей и детей приводят к эмоциональному утомлению и нарастающему чувству беспокойства с обеих сторон, повышению уровня возбудимости при общении, когда «вместе тесно, врозь скучно». Это обычно те ситуации, при которых ребенок и взрослый член семьи относительно спокойны наедине, но быстро возбуждаются вместе, особенно при включении третьего лица. Тогда вся группа становится неуправляемой, а ответственность за это в конце концов несет один ребенок. Обычно родители в таких случаях жалуются на повышенную возбудимость детей, но выясняется, что она проявляется только дома и отсутствует в детских учреждениях. Подобный диссонанс говорит о проблемах семейных отношений и эмоциональном дискомфорте ребенка в семье, что подлежит не глушению посредством транквилизирующих средств, а внимательному рассмотрению и психотерапевтическому воздействию на семью в целом.

Конфликт детей с родителями, как обратная сторона конфликта родителей с детьми, долгое время находится в латентной фазе своего развития с ведущим переживанием на почве личных привязанностей и противоречивого отношения к родителям. В этой фазе отношение родителей воспринимается с нарастающим чувством обиды при подавлении внешнего выражения переживаний. Возникающие фазовые состояния в виде эмоциональных расстройств и упрямства расцениваются в семье не как болезненные симптомы, а как выражение «духа противоречия», сидящего в ребенке, злой воли, подобно демону, управляющей его поведением. Такие магические представления являются архаическими формами самосознания, своеобразным выражением тревожно-мнительного настроения. Если родители считают нежелательное для них поведение детей проявлением злой воли и наказывают за это, то дети, в свою очередь, воспринимают их отношение как плохое, несправедливое или даже (более старшие дети) как жестокое, что обычно не связывается с характером самих родителей, а ассоциируется с теми образами, которые олицетворяют в сказках зло и насилие, вроде чудовища, дьявола, черта, Бабы-Яги и Кощея Бессмертного. На более глубоком уровне мотивации это означает и страх перед угрозой отчуждения матери и отца, символом которого опять же являются сказочные персонажи. Приведем следующие примеры: мальчик 8 лет, имея строгого отчима, панически боится сказочного Кощея; мальчик 7 лет из неполной семьи боится Бабы-Яги при конфликтующей с ним матери; то же у мальчика 6 лет, которого не любит мать, поскольку он от первого брака; девочка 5 лет боится Бабы-Яги, о которой ей напоминает аффективно-измененный, крикливый голос невротичной матери; мальчик 10 лет боится черта, ввиду того, что его импульсивный отец злоупотребляет алкоголем; девочка 5 лет, видящая волка во сне, имеет возбудимого и не включенного в жизнь семьи отца. Во всех этих случаях дети боятся, что с ними может произойти нечто страшное, жестокое и непоправимое, находящее воплощение в противоположных понятиям доброты, сердечности, любви, искренности и непосредственности образах зла, жестокости и коварства. В этом смысле Баба-Яга — это образ «не матери», а Кощей Бессмертный — это образ «не отца», в таком понимании страх перед этими и подобными персонажами выступает как наиболее ранний признак внутреннего конфликта детей, указывающий на неблагополучие отношений с родителями (рис. 3).

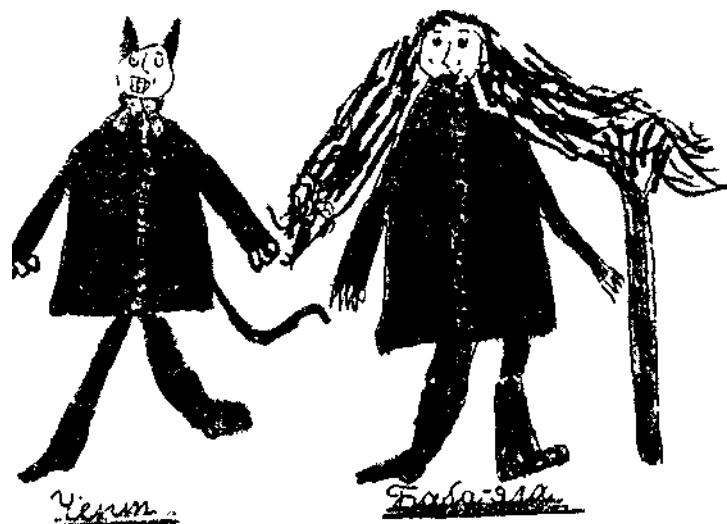


Рис. 3. «Семейный портрет» в виде Черта и Бабы-Яги, отражающий травмирующий опыт семейных отношений у мальчика 9 лет.

Конфликт с родителями отражают и кошмарные сновидения. В этой связи можно упомянуть о девочке 6 лет с невротическим энурезом и нейродермитом в клинической картине неврастении. Ее мать с холерическими чертами темперамента, истерической структурой личности и тяжелым невротическим состоянием постоянно одергивает, торопит и ругает дочь за ее общую с отцом медлительность. Всю свою любовь мать переносит на такого же активного, как она, младшего сына, в то время как отец, к которому привязана дочь, часто находится в длительных командировках. Во время приема девочка производила впечатление крайне заторможенной, обидчиво-недоверчивой и упрямой. Но когда ей был задан вопрос о снах, она сразу оживилась, словно проснувшись, и стала эмоционально, с жестикуляцией рассказывать о царящих в них людоедах и разбойниках, с которыми она, однако, находила более общий язык, чем с матерью. Днем же ее заторможенность и связанное с ней упрямство были непроизвольно-защитной реакцией на бездушное, грубое и импульсивно-непоследовательное отношение матери.

В некоторых случаях дети непроизвольно обыгрывают вызывающие беспокойство родителей ситуации с целью компенсации неудовлетворенных потребностей. Например, девочка 5 лет использует беспокойство матери по поводу ее плохого аппетита для изменения в приемлемую сторону отношения к ней. Обычно чрезмерно строгая и требовательная мать неизменно меняется во время еды, так как думает, что дочь неминуемо умрет от истощения, если не будет есть «сколько положено», выражая в этом не столько заботу, сколько тревожность и паранойяльные черты характера. Дочь же, не имея возможности выразить иным путем свой протест по поводу принуждающего отношения матери, непроизвольно удлиняет время приема пищи, что вызывает беспокойство матери и смягчение ее требований. То же возникает перед сном, когда любые проявления беспокойства у ребенка вызывают более адекватный эмоциональный отклик у родителей. Аналогичные ситуации наблюдаются у младших детей при длительном одевании и туалете, во время которых родители вынуждены вступать в общение с детьми. Во всех случаях беспокойство родителей и ребенка выступает в качестве более приемлемого средства коммуникации между ними. Для детей это одновременно и способ отреагирования конфликтных напряжений в отношениях с родителями.

Взаимообусловленный проблемный характер отношений виден из следующих высказываний: «Как только у меня спадает напряжение, оно растет у мужа; получается заколдованный круг, мы все трое фиксированы друг на друге», «Теперь все дело в нас, моя жена и ее мать очень эмоциональны и часто кричат на сына, образуя с ним коалицию. Когда я пытаюсь оберегать его, у меня возрастают трения с ними, а сын чутко реагирует на это. Опять же, если я не вмешиваюсь, то рано или поздно срываюсь и у меня нет выхода» (добавим, что выход все же был найден... отец часто уезжает в командировки), «Бабушка злится на маму, мама злится на меня, а у меня терпение лопается», «Муж стал меня раздражать, и я противоречу ему во всем, затем у меня депрессия, и все выливается на сына». В последнем случае у мальчика были упорные приступы бронхиальной астмы на фоне общего с матерью

невротического состояния. Одновременно был проведен курс гипнотерапии у матери и сына, но неожиданно приступы бронхиальной астмы впервые в жизни возникли у отца. В другом случае после устранения у девочки 9 лет с невротическим состоянием приступов бронхиальной астмы у ее матери возникла невротическая депрессия, которая маскировалась раньше гиперопекой и беспокойством в отношении больной дочери. Только после активного содействия со стороны отца и оказания психотерапевтической помощи матери удалось нормализовать обстановку в семье.

С целью более полного изучения семейных отношений мы используем экспериментальную методику «гомеостат». Это электронное устройство с выносным пультом, где имеются ручки и циферблат со стрелкой. Одновременное и согласованное вращение двух или трех ручек в зависимости от числа испытуемых позволяет привести стрелку шкалы в среднее положение. В сложном режиме это практически невозможно сделать. Семьи детей с неврозами (70 семей) и контрольная группа (44 семьи) исследовались вначале по семейным диадам «мать — отец», «мать — ребенок», «отец — ребенок», а затем в целом. Результаты исследования объективно подтверждают низкую успешность совместной деятельности в семье у детей с неврозами, наличие большого числа напряжений и малопродуктивных действий. В немалой степени это вызвано конфликтным стремлением супругов к одностороннему доминированию во внутрисемейных отношениях, навязыванием своей точки зрения и в то же время невозможностью соответствовать ей реально. Родители при взаимодействии между собой и с детьми используют преимущественно разную и непоследовательную тактику. Особенно это заметно в отношениях с детьми, когда один из родителей к тому же пытается жестко доминировать, а другой во всем ему уступает. В контрольных семьях без невроза у детей статистически достоверно выше успешность совместной деятельности, она более продуктивна и сопровождается существенно меньшим числом эмоциональных напряжений. Более успешно и доминирование в семейных отношениях, если оно имеет место. К тому же доминирование носит более гибкий и ситуативный характер. Значительно чаще, чем в семьях с неврозами у детей, в супружеских отношениях доминирует отец. Как во взаимодействии между собой, так и с ребенком, родители контрольной группы большей частью используют согласованную и последовательную тактику. В паре с ребенком родители взаимодействуют на «равных», придерживаясь между собой одинаковой тактики, когда они вместе уступают ребенку или доминируют в отношениях с ним.

Рассмотренные особенности отношений в семьях детей с неврозами могут быть сгруппированы следующим образом: 1) построение отношений в браке по типу невротически мотивированного взаимодополнения при реальном контрасте черт характера супругов; 2) личностные изменения у родителей, а также невроз у одного из них, предшествующий возникновению невроза у ребенка; 3) инверсия супружеских и родительских ролей; 4) образование эмоционально обособленных диад и блокирование одного из членов семьи; 5) тревожно-депримированная эмоциональная атмосфера в семье; 6) повышенная эмоциональная возбудимость и непродуктивные напряжения в процессе общения в семье; 7) использование одного из членов семьи в роли «козла отпущения».

Особенности воспитания.

Мы уже касались некоторых сторон воспитания, в частности неприятия и гиперопеки. Неприятие подразумевает не только нежеланность ребенка или несоответствие его пола ожиданиям матери и отца, но и неприятие его индивидуальных особенностей развития, несовместимых с характерологически, конфликтно или невротически измененными представлениями родителей. Лейтмотив этого отношения состоит в том, что ребенок не тот, кто ожидался, кто оправдывает надежды, с кем легко, а тот, кто, наоборот, воспроизводит проблемы самих родителей или напоминает нежелательные черты одного из них, отнимает все время и препятствует реализации жизненных планов. Поэтому наиболее выделяющейся стороной их отношения является неудовлетворенность ребенком, что встречается у матерей детей с неврозами достоверно чаще, чем в контрольных группах. Существенно и то, что у этих матерей несколько более медленно развивается чувство

материнства, которое сохраняется более длительное время на неизменном уровне. Невротически опекая ребенка и заменяя собой мир сверстников, мать отказывает ему и в праве на самостоятельность, не доверяя его опыту и тревожно-мнительно опасаясь последствий его самостоятельности. Наибольшее удивление у матерей вызывают слова врача о наличии у их детей, особенно сыновей, воли. «Разве?» — с недоверием говорят они. В их представлении воля — это беспрекословное послушание и безоговорочное подчинение всем их требованиям. Одни матери утверждают при этом, что у ребенка нет своего «я» — он упрямый. Другие, заявляя, что у него нет никакого чувства ответственности, опекают и тревожатся за сына в такой степени, что практически живут вместо него, подменяя его индивидуальность и самостоятельное решение проблем. Тем самым они неосознанно культивируют зависимость ребенка от себя и пассивность, принципиально требуя в то же время от него ответственности. Когда врач просит детей периодически сообщать о состоянии своего здоровья по телефону, вместо них всегда говорят матери. В этой установке «жить вместо», а не «вместе» с ребенком может проявляться и сверхпринимаящее отношение матери, когда она так любит своего ребенка, что заменяет его собой, атрофируя его активность, инициативность и самостоятельность. Ребенок же может переживать такое отношение как недоверие к его возможностям и непонимание его запросов.

Если нежеланность ребенка чаще встречается у молодых родителей с еще не сформировавшимся чувством материнства и отцовства, то непринятие индивидуальности ребенка присуще более «пожилым» родителям, обладающим доминантными, тревожно-мнительными и гиперсоциализированными чертами характера. Если молодые родители стремятся как можно раньше отдать ребенка в ясли или поручить его своим родителям, то «пожилые» родители, наоборот, стремятся изолировать его от любых внесемейных контактов, в том числе от вредного, с их точки зрения, влияния сверстников и нередко пользуются любым поводом, чтобы не водить ребенка длительное время в детский сад или школу.

Установочное отношение родителей в виде непринятия и их характерологические особенности неблагоприятно отражаются на любви к ребенку. В большинстве случаев она носит принципиальный и не выражаемый внешне характер. Одна мать заметила: «Ласкать нельзя ни в коем случае, они разбалтываются окончательно». Любовь условна, т. е. ребенок признаваем и любим только тогда, когда он оправдывает повышенные ожидания и требования родителей. К тому же она имеет «собственнический» характер. Родители любят не столько самого ребенка, сколько его соответствие своему навязываемому или внушаемому образу «я».

Любовь конъюнктурна, поскольку на нее спроецированы отношения родителей в виде взаимной ревности и недовольства друг другом. Нередко в ней также аффективно-заостренно (реактивно) сосредоточивается неиспользованный потенциал любви родителей, их неудовлетворенность отношениями в браке.

Для матерей детей с неврозами типична гиперопека, которая, так же как и непринятие, обусловлена доминантными, тревожно-мнительными и гиперсоциализированными чертами характера. Вместе с невротически защитной мотивацией это объясняет такие стороны гиперопеки, как стремление сопровождать каждый шаг ребенка, все делать за него, навязывать правила и условности, предохранять и защищать от воображаемых опасностей, необоснованно беспокоиться, удерживать ребенка около себя, в то время как он не нуждается в этом, и одновременно тревожно привязывать его к себе.

Главное патогенное значение гиперопеки состоит в том, что посредством ее ребенку передается беспокойство матери. Помимо этого, гиперопека означает и подмену общения со сверстниками навязываемым контактом со взрослыми, и появление несамостоятельности ребенка, пассивных и инфантильных реакций.

В наибольшей степени гиперопека выражена при истерическом неврозе и неврозе навязчивых состояний. Если при истерическом неврозе она связана со страхом одиночества у матери и ее заостренной потребностью найти признание в ребенке, то при неврозе навязчивых состояний гиперопека обусловлена сверхценным страхом матери по поводу предполагаемой возможности несчастья с ребенком. Последним объясняется стремление матери неотрывно держать ребенка около себя, что уменьшает ее беспокойство, но создаст болезненную зависимость ребенка от ее эмоционального состояния и проблемы при общении со сверстниками.

Тенденция к чрезмерно строгому, ограничивающему контролю проявляется у обоих родителей, но более выражена у матерей. Чаще ограничиваются мальчики, активность и подвижность которых, особенно в первые годы жизни, раздражают родителей. Подобный контроль, как и гиперопека, может быть обусловлен невротическим состоянием родителей, но в отличие от гиперопеки он более характерологически мотивирован, прежде всего доминантностью (властностью) и негибкостью мышления. Чрезмерный контроль выражается в стремлении родителей предупреждать активность ребенка, предписывать ему образ действий, ограничивать его самостоятельность, запрещать, часто наказывать, следить за попытками ребенка делать по-своему, без меры торопить и подгонять его.

Основное патогенное значение контроля в изучаемых семьях заключается в ограничении подвижности детей, что повышает их возбудимость, к тому же он часто не достигает своей цели вследствие невротического состояния родителей и разногласий между ними. Но в этом случае родители больше кричат и наказывают детей, что опять же приводит к повышению их возбудимости. Ограничения достоверно чаще наблюдаются при неврастении детей, когда родители ценой перенапряжения ребенка и унижения чувства его «я» пытаются безоговорочно навязать ему свою волю, заставляя делать то, что он не может, не умеет или не хочет, когда они стремятся во что бы то ни стало «переплавить» одни черты темперамента ребенка на другие, не обращая внимания на своеобразие его психического развития, темп и выносливость организма.

В изученных семьях отсутствуют жизнерадостные, непосредственные, ровные, гибкие и последовательные отношения родителей с детьми. Вместо этого часто проявляются излишняя принципиальность, требовательность и нетерпимость, недостаточно принимается во внимание чувство собственного достоинства, имеют место частые порицания при отсутствии одобрения и похвалы, несправедливые и незаслуженные наказания, несвоевременная эмоциональная отзывчивость и поддержка, недостаточная душевная щедрость, теплота и искренность. Даже в контролируемом процессе игровых занятий родители и дети говорят все вместе, перебивая друг друга, часто на повышенных тонах, особенно родители, которые вместо пояснений без конца требуют или читают нотации, не доверяют словам детей. В разговоре остается много недосказанного, темы носят однобокий, рутинный характер, относятся к тому, выучил ли ребенок уроки и вовремя ли он лег спать. Главное, что родители и дети не умеют общаться между собой, представлять себя на месте друг друга и сохранять ровные и непринужденные отношения.

Следует заметить, что требования родителей могут быть правильными в своей основе, но неадекватными по манере выражения, чему в немалой степени способствует их невротическое состояние. Болезненно завышенный объем требований родителей и аффективный способ предъявления заставляют говорить об их реактивном характере и рассматривать как средство неосознанной компенсации чувства неудовлетворенности собой и низкого уровня самопринятия. Таким образом, избыточные и раздраженно-нетерпеливые требования родителей выступают в качестве произвольного ритуала защиты «я» от собственных проблем самоконтроля. Невозможность критического признания этих проблем и их конструктивного преодоления порождает чувство внутренней неудовлетворенности и беспокойства, недовольства собой, повышение внутреннего напряжения и компенсаторную аффективно-агрессивную разрядку в виде «потока» требований, угроз, советов и предписаний. В этом значении несоразмерный, аффективно-повышенный уровень требований родителей, как и нетерпеливость и непоследовательность в обращении с ребенком, можно расценить как проявление невротически мотивированного типа реагирования. Кроме того, многие из крайностей отношения матери, особенно требования педантичного соблюдения режима дня, являются резидуальными проявлениями авторитаризма ее матери, бабушки ребенка. Все это объясняет эффект «заданности» в воспитании, когда родители поступают подчеркнуто «правильно», излишне принципиально. В какой-то мере они понимают неестественность своего отношения, но не способны его перестроить, как и претворить свои принципы в жизнь.

Другая особенность воспитания — это наличие у родителей ряда сверхценных идей, отражающих их тревожно-мнительные и паранойяльные черты характера. Здесь и сверхценный страх лишиться влияния на ребенка, и паранойяльная

убежденность в том, что его нужно во что бы то ни стало оберегать от всех опасностей и трудностей жизни, что на него плохо влияют другой родитель и сверстники, что ребенок не хочет идти им навстречу (в то время как он фактически не может), что у него нет силы воли, самостоятельности, что им нужно во всем управлять, подчинив его полностью себе и т. д.

Еще одна особенность — это произвольное внушение детям чувства личностной недостаточности особой манерой обращения с ними: «ты никогда и ничего не делаешь так, как нужно», «у тебя одни крайности, ты не можешь обойтись без фокусов», «смотри, не сделай...», «если ты...» и т. д. Подобные высказывания вызывают противоположный эффект, приковывая внимание ребенка и создавая у него навязчивое желание реализовать запрет.

Тревожно-мнительному настрою детей часто способствуют неосторожные высказывания взрослых членов семьи вроде: «лямблии выгнали, а они уже успели сделать ходы». Постоянно происходящее «заражение» эмоциями страха и тревоги в домашних условиях доказывается усилением беспокойства у детей после перерыва в лечении, когда они снова боятся заходить в кабинет врача, пугаются всего нового и неожиданного, в том числе им уже знакомых масок и кукол, изображающих зверей.

Все неблагоприятное воздействие родителей на детей, включая неосторожное использование слов, обладающих отрицательным внушающим действием, мы обозначаем термином «парентогения» (от лат. *parens* — родитель и греч. *genesis* — возникновение, происхождение), т. е. «порождаемое родителями, происходящее от них», подобно терминам «дидактогения» (К. К. Платонов), «эгротогения» (С. С. Либих) и «ятрогения» (О. Бумке).

Описываемые отклонения в воспитании иногда выражены незначительно, но и в этом случае можно говорить о минимальной родительской дисфункции, как неспособности родителей адекватно управлять связанной с детьми ситуацией в семье. Она проявляется у отца, не включенного в жизнь семьи и воспитание детей, боящегося ответственности или неровного в отношениях с ними, и у матери, не умеющей наладить эмоционально-теплые и доверительные отношения с детьми.

Более очерченный синдром минимальной материнской дисфункции (или недостаточности) можно охарактеризовать как сочетание противоречивого отношения к появлению ребенка вместе с патологией беременности и родов, несвоевременным и неадекватным откликом на запросы ребенка, непоследовательностью и крайностями в подходе к нему; излишней формализацией отношений, чрезмерно ранним выходом матери на работу, перепоручением воспитания другим лицам, включая раннее помещение в ясли, неспособностью справиться с возникающими в процессе воспитания проблемами.

Как отмечалось, большинство родителей испытывают чувство вины и беспокойства по поводу состояния ребенка. Но подобное осознание приходит уже после появления у него серьезных расстройств, напоминающих родителям об их собственных проблемах. Тогда невроз ребенка выступает в качестве своеобразного средства более адекватной «социализации» родителей, заставляя их критичнее относиться к своим действиям и поступкам и способствуя осознанию некоторых недостатков их характера. Но это еще не означает, что родители способны перестроить свое неадекватное отношение к детям, так как неблагоприятно складывающиеся жизненные обстоятельства, на которые они часто ссылаются, представляют уже следствие их личностных проблем и невротической структуры характера. Обращает на себя внимание более медленный, чем обычно, процесс становления их супружеских и родительских отношений. Здесь сказываются травмирующий опыт отношений в прародительской семье, невротическая структура характера будущих супругов, наличие большого числа предшествующих личностных проблем.

В большинстве случаев речь идет о первом браке не очень молодых людей, внутренне неудовлетворенных собой, имеющих проблемы взаимоотношений и еще не успевших определить свое место в жизни. Средний возраст матери при рождении ребенка — 28,5 года, т. е. выше обычного. Средний возраст родителей при их обследовании составляет у матерей 38, у отцов 40 лет, т. е. у них относительно невелика разница в возрасте. Если вычесть из среднего возраста родителей среднюю продолжительность невроза у детей, равную 3 годам, то окажется, что средний возраст матери при заболевании ребенка — 35 лет, а отца — 37 лет. В этом возрасте родители в большей степени стремятся сконцентрировать свой воспитательный

подход и интенсифицировать процесс обучения, что само по себе уже создает некоторые проблемы во взаимоотношениях с детьми. В этом же возрасте имеет место наибольшая личностная напряженность, обусловленная проблемами самоопределения и переходной структурой взаимоотношений в браке, своеобразным кризисом этих отношений, когда «прошлое уже не устраивает, а новое еще не определилось», когда нужно дать себе ответ: «кто я есть и для чего я живу» и более критично подходить к недостаткам своего характера. Необходимо также быть терпимее, принимая другого таким, как он есть, развивая, а не подавляя или заменяя его индивидуальность, когда необходимо менять некоторые привычки и установки, когда следует проявлять большую настойчивость и в то же время большую уступчивость, т. е. всем этим устранить крайности предшествующего реагирования и стать более зрелой и созидающей личностью. Подобный кризис личностного развития как определенный этап развития самосознания и обусловленный им кризис супружеских и родительских отношений не преодолевается конструктивным образом, а сопровождается компенсаторным нарастанием внутренней напряженности, которая чем меньше проявляется внешне, тем более сказывается на отношениях с детьми и воспитании. В этом случае каждый из родителей «разрешает» свои проблемы увеличением крайностей в обращении с детьми, делая им бесчисленные замечания, ограничивая и наказывая и в то же время тревожно привязывая их к себе, окружая кольцом предохранений и настраивая против другого родителя.

Таким образом, родители «преодолевают» свой личностный кризис, по существу, ценой развития невроза у ребенка, который можно расценить как клиническое отражение неадекватных способов разрешения родителями своих личностных проблем. Непроизвольно используя ребенка в качестве «козла отпущения», вымещая на нем свое нервное напряжение, свои взаимные обиды и недовольства, некоторые родители, особенно отцы, верят, что это делается для его же блага, чтобы он прошел «суровую школу жизни». Но, как уже отмечалось ранее, дети, болеющие неврозом, не выдерживают чрезмерно резкого и интенсивного давления. Образно говоря, они «не гнутся, а ломаются» и, кроме того, им, как и родителям, требуется несколько больше времени, чтобы «созреть» эмоционально и сформироваться как личность.

Рассмотренные негативные факторы воспитания в целом выглядят следующим образом: 1) непонимание родителями своеобразия личностного развития детей; 2) непринятие их индивидуальности; 3) несоответствие требований и ожиданий родителей возможностям и потребностям детей; 4) негибкость в отношениях с детьми; 5) неравномерность воспитания в различные годы жизни детей (эффекты родительской депривации в первые годы и гиперопека и чрезмерный контроль в последующем); 6) непоследовательность в обращении с детьми; 7) несогласованность воспитания между родителями.

Остальные патогенные факторы воспитания могут быть сгруппированы так: 1) аффективность и неровность в отношениях с детьми; 2) тревожность; 3) феномен «привязывания» — создание эмоциональной зависимости детей от родителей; 4) феномен «замены» индивидуальности ребенка характерологически и невротически измененным образом «я» родителей; 5) реактивно-защитный, невротически мотивированный характер взаимодействия с детьми; 6) излишняя принципиальность в отношениях с детьми, недоверие к их опыту, навязывание мнений и принижение чувства собственного достоинства; 7) индуцирующее воздействие на детей патологии родителей посредством механизмов внушения, «заражения», идентификации и привязанности.

Патогенез неврозов у детей.

Изучая семью как патогенетически обуславливающий фактор, мы рассмотрели некоторые стороны патогенеза неврозов у детей в системе взаимосвязанных психологических проблем трех поколений, а также своеобразие раннего развития детей, болеющих неврозами, причины понижения биотонуса их организма, зарождения беспокойства и изменения реактивности. Как уже отмечалось, ведущий психогенный фактор невротизации связан с нарушенными семейными отношениями и неблагоприятным воздействием со стороны родителей. Ущемление жизненно важных

для детей потребностей развития, в том числе потребности быть самим собой, потребности самовыражения, а также потребностей поддержки, любви и признания приводит к возникновению внутреннего конфликта как главного источника хронического эмоционального напряжения. Психическая травматизация в семье усугубляется острыми психическими травмами, вызванными испугом, конфликтными эксцессами, оскорблениями, незаслуженными наказаниями, болезнью, разводом родителей и т. д. Тогда обостряется и без того повышенная эмоциональная чувствительность, усиливается внутреннее беспокойство, еще больше снижается психическая реактивность. Данной неблагоприятной динамикой, а именно психической сенсibilизацией в отношении любой идущей извне угрозы, объясняется непереносимость внешних отрицательных воздействий, когда, например, испуг, проходящий в других случаях через некоторое время, у этих детей занимает ключевое место в переживаниях. Психической сенсibilизацией объясняются непонятные для окружающих, парадоксально острые аффективные реакции на незначительные по силе раздражители: замечания, сделанные спокойным тоном, получение не той оценки, которая ожидалась, или отсутствие похвалы. В своем ответе ребенок выражает значимые для него переживания, которые нужно понять и сделать из этого соответствующие выводы. Однако подобный психологический код поведения детей обычно недоступен родителям. Характерологически, невротически и конфликтно обусловленное непонимание родителями переживаний детей, особенностей формирования их личности, непринятие их индивидуальности приводит к отсутствию доверительных отношений между ними, сосредоточению детей на своих проблемах, чувству обособленности и непонятности. Психогенно обусловленное повышение внимания к себе в этой ситуации является психологическим механизмом защиты «я», проявляясь эгоцентризмом и упрямством.

Находясь в двойственной, противоречивой ситуации внутреннего конфликта, вызванного рассогласованием между требованиями родителей и своим опытом, дети не могли в силу возрастной незрелости психики найти «рациональный» выход из конфликта, как не могли уйти от родителей или отказаться от них. Осуществляя несвойственные им роли, т. е. заставляя себя быть другими, не такими, какие они есть, и выполняя функции, превышающие их адаптационные возможности, они находились в состоянии постоянного внутреннего конфликтного перенапряжения, подрывающего их и без того ослабленную психическую реактивность и дезорганизирующего нервную деятельность.

Данные, полученные с помощью цветового теста Люшера, указывают на переживания детей, обусловленные ограничением свободы действий, непониманием и пренебрежением со стороны окружающих, неудовлетворенностью эмоциональными отношениями, чувством угрозы и отчаяния, неуверенностью и нерешительностью, ощущением неполноценности и истощением жизненной энергии. Внутренний конфликт объясняет эмоциональную и нервную усталость, пассивность и безучастность детей с неврозами, когда они настолько загружены переживаниями, что не могут «смотреть на себя глазами других» и сочувствовать им, не выдерживают ожидания, напряжения, сильных эмоций, не переносят неудач и ошибок, не могут пережить ту или иную стрессовую ситуацию и разрешить ее адекватным, а не аффективно-тревожным и защитно-невротическим образом.

В изученных семьях на пути реализации невротически и характерологически измененных требований родителей были определенные препятствия. Во-первых, ребенок имел уже свой, пусть и небольшой, жизненный опыт самостоятельности. Во-вторых, родители были непоследовательны в своих требованиях и часто использовали противоположно направленную тактику воспитания. В-третьих, они неравномерно относились к ребенку в разные периоды его жизни. Главным же было то, что ребенок не мог полностью принять требований родителей, так как воспринимал их как несправедливые и мешающие общению со сверстниками. В то же время он боялся осуждения, наказания или лишения и без того недостаточной родительской любви. В итоге эта ситуация переживалась как невозможность соответствовать ожиданиям и требованиям родителей и оставаться в то же время самим собой. Неразрешимый характер этого внутреннего противоречия представляет источник постоянной борьбы мотивов, аффективной напряженности и беспокойства, способствуя, с одной стороны, компенсаторной гипертрофии собственного «я» в виде эгоцентризма, заостренного самолюбия, болезненного чувства собственного достоинства, а с другой стороны — приводя к развитию навязанной или внушенной родителями концепции «не-я»,

несовместимой с установками и возможностями ребенка. Психогенно обусловленная дезинтеграция «я», отсутствие психического единства порождает чувство внутренней неопределенности и неуверенности в себе, что ведет к нарастанию тревоги с ведущим переживанием страха изменения и потери «я», т. е. своего лица, облика, индивидуальности, жизнеутверждающей силы и чувства своей ценности. Страх изменения (*metus mutandi* — лат.) как страх не быть собой означает также страх исчезнуть как личность, раствориться, «кануть в Лету», т. е. в конечном итоге не состояться, не значить, не быть.

Страх изменения заостряет инстинкт самосохранения до степени эгоцентризма, приводит к общей настороженности, недоверчивости, боязливости, сверхценным страхам одиночества, темноты, засыпания и самого сна, а также всего того, что способно еще больше трансформировать «я» и заменить его. В последнем случае это страх чужого взгляда, проникновения в себя, фантастических превращений, внушения и гипноза, хирургических вмешательств, инъекций, приема транквилизаторов, курения и алкоголя (у подростков). Сюда же можно отнести и страх сумасшествия, страх быть не самим собой в результате укусов животных (особенно больных бешенством собак) или заражения микробами.

Страх изменения лежит в основе обсессивного невроза. Как известно, обсессия означает одержимость навязчивыми, чуждыми, привнесенными извне мыслями и страхами, которые не подчиняются волевому контролю «я». Это находит отражение в страхе чудовищ, напоминающих чем-то человека, но в отличие от него имеющих рога или клыки. Подобные персонажи олицетворяют то, что может произойти, т. е. угрозу потери «я». Страх быть не собой, не человеком — это символ «патоса» — болезненных, неуправляемых сознанием и изменяющих психику сил.

Во всех случаях страх изменения «я» проявляется страхом нового, неизвестного. Поэтому самым тревожным днем недели у детей с неврозами является воскресенье, а временем года — конец августа, время перед началом школьных занятий. Существенно, что дети при наличии страха изменения, и в частности страха быть другим, не могут свободно и непринужденно принимать и играть роли, т. е. представлять себя на месте других, проникаться их мыслями и переживаниями, так как это означает для них угрозу быть другим, потерять остатки своего «я», исчезнуть в массе, раствориться. Препятствуя развитию эмпатии, принятию новых ролей и усвоению нового опыта, страх изменения приводит к негибкости поведения, его защитному характеру, сужению круга общения, появлению «псевдо-я» как совокупности патологических, не контролируемых сознанием мотиваций. В самом общем виде внутренний конфликт как личностная проблема развития — это невозможность выразить себя и найти признание и взаимопонимание среди окружающих, вначале в семье, а затем среди сверстников. В социально-психологическом контексте — это неразрешимая проблема «быть собой среди других». Внутренний конфликт, каким бы он ни был элементарным, как аффективная реакция на неудовлетворение основных потребностей у детей первых лет жизни или сложным в своей переработке у детей последующих лет жизни, всегда означает переживание отрицательных эмоций, т. е. состояние дистресса. Рассмотрим развитие внутреннего конфликта в процессе формирования личности.

Переживание беспокойства — первичное, наиболее раннее, выражение дистресса в ответ на действие неожиданных стимулов типа утраты и замены окружения, соматического и инфекционного заболевания, чувства боли и т. д.

Если в исходном плане беспокойство — это инстинктивный ответ организма на физический и эмоциональный дискомфорт, то по мере развития чувства «я» (личной определенности) оно сопровождается переживанием по поводу собственной безопасности. В абстрактном смысле это предстает у более старших детей проблемой «быть», т. е. жить, существовать вообще. Проблема «быть» подразумевает страх «не быть», т. е. не жить, не существовать. В максимальном выражении последнее означает страх «быть ничем» — «мертвым». Страх смерти, особенно у детей, болеющих неврозом страха, как мы уже не раз отмечали, имеет под собой реальные основания.

При дальнейшем формировании «я-концепции» (собственном значимости) переживания возникают в связи с препятствиями на пути выражения «я». В абстрактном смысле это тождественно проблеме «быть собой», актуализации своих возможностей и потребностей. Проблема «быть собой» оборачивается страхом «не

быть собой», в виде рассмотренного страха изменения «я». Наиболее часто этот страх, как уже отмечалось, встречается у детей с неврозом навязчивых состояний, составляя ведущую фабулу их внутреннего конфликта.

На стадии формирования личностной определенности переживания возникают в связи с препятствиями на пути реализации признания — самоактуализации в значимой системе человеческих отношений. На данном этапе развития внутреннего конфликта проблема «быть» как проблема самоутверждения преломляется проблемой «быть собой среди других», с акцентом на «быть собой», т. е. быть признанным со своей точки зрения. Эта проблема заостряется страхом «быть непризнанным», выражаемым, с одной стороны, страхом «быть никем», т. е. не представлять, не значить, а с другой стороны — страхом «быть только собой», т. е. непонятым, изолированным, покинутым и одиноким. В наибольшей степени этот страх присущ детям, болевающим впоследствии истерическим неврозом.

Формирование ролевой структуры отношений и нравственно-этических (моральных) категорий, повышение значимости «я-образа» (представления о себе с точки зрения других) приводит к появлению переживаний несоответствия принятым нормам поведения в тех или иных социально-психологических группах, будь это семья, группа сверстников или школьный коллектив. Здесь уже можно говорить о развернутой структуре внутреннего конфликта, когда личная проблема «быть» переживается как личностная проблема «быть собой среди других», с акцентом на «быть среди других», соответствовать им, быть принятым, одобряемым, ценным. Эта проблема преломляется страхом «быть не тем», о ком хорошо говорят, понимают, любят и уважают. В свою очередь, это означает не только страх потерять социальное одобрение, но и в более широком смысле — страх неудачи, поражения, крушения надежд, т. е. страх делать «не то», быть «не тем», «никем» для других — «пустым местом», «ничем», в итоге не представлять, не значить, не соответствовать, не состояться, не быть человеком. Так замыкается мотивационный круг невротического внутреннего конфликта. Страх не состояться, не соответствовать, быть «не тем» в той или иной степени встречается у детей (и первично у их родителей) со всеми клиническими формами невроза. В наибольшей степени он выражен при неврастении.

Таким образом, невротический конфликт как личностно неразрешимая проблема «быть собой среди других» преломляется в динамике проблемой «быть» (базальным уровнем беспокойства при неврозе страха), проблемой «быть собой» (при неврозе навязчивых состояний), проблемой «быть собой среди других» с акцентом на «быть собой» (при истерическом неврозе) или «быть среди других» (при неврастении).

Проблема «быть» как проблема существования и как проблема «быть человеком» имеет своей противоположностью проблему «не быть» как проблему единства «я», проявляемую страхом «не быть вообще» — «быть ничем» (при неврозе страха), «не быть собой» — в виде страха изменения «я» (при неврозе навязчивых состояний), страхом «быть никем» (при истерическом неврозе) и быть «не тем» (при неврастении).

Дальнейшее развитие внутреннего конфликта проявляется проблемой согласования двух в своей основе целостных аспектов существования — «быть собой» и «быть среди других». Проблема согласования заостряется одновременно существующим, но противоположно направленным страхом «быть только собой» и «быть только другим», что выражает личностный диссонанс, отсутствие внутреннего единства, неразрешимую борьбу противоположностей, состояние внутренней неустойчивости и беспокойства. Противоречивость внутренней позиции больных неврозами отражается лабильностью их самооценки, когда завышенный уровень притязаний сопровождается неверием в свои силы и возможности. Невозможность удовлетворения значимых потребностей, как и восприятие себя непринятым, неодобряемым и неценным, т. е. не соответствующим представлениям окружающих, неспособным оправдать их требования и надежды, приводит к появлению у детей тревоги по поводу самого факта их существования, ощущению своей никчемности и ненужности, т. е. к рудиментарным идеям самоуничтожения.

Травмирующее осознание отличий от сверстников и аффективно переживаемое отклонение представлений о самом себе ведут к усилению тревожной переработки опыта и неуверенности в себе в виде частых сомнений и опасений, тревожного предчувствия неудачи, излишней осторожности и нерешительности в общении, т. е. к развитию тормозимых черт характера. Неприятие невротически измененного ребенка

сверстниками ранит его самолюбие и заставляет избегать естественного круга общения. В то же время он не может найти удовлетворяющего его общения дома. Так у него появляется чувство одиночества, порождающее, в свою очередь, индивидуализм, как реакцию на непонимание со стороны окружающих. Индивидуализм, как противоположность коллективизму, создает препятствия в последующей социальной адаптации, когда такие дети, по словам одной из матерей, должны «переболеть», прежде чем войдут в коллектив. Таким образом, неврозы в широком смысле слова предстают перед нами как одна из моделей возникновения проблем понимания и общения людей.

В итоге общий патогенез неврозов можно представить следующим образом:

1) снижение биотонуса и изменение реактивности в результате действия ослабляющих защитные силы организма анте-, пери- и постнатальных факторов;

2) своеобразие преморбидного развития в виде главным образом сензитивности и латентности, удлиняющих процесс социализации и усиливающих восприимчивость к действию стрессовых факторов. Наличие трудновосприимчивых сочетаний некоторых черт темперамента и характера, нарушающих баланс взаимодействия внутренних сил развития;

3) заострение конституционально-генетических особенностей под воздействием стрессовых факторов;

4) формирование неудачного личностного опыта, преломляемого беспокойством, напряжением и аффективно-защитным типом реагирования;

5) возникновение внутреннего неразрешимого конфликта под влиянием неудачного и драматически переживаемого опыта межличностных отношений и обусловленная этим дезинтеграция процесса формирования личности;

6) перенапряжение психофизиологических, адаптационных возможностей организма и критическое нарастание эмоциональной напряженности под влиянием стрессовых условий развития, подавленного внешнего раздражения и неразрешимой личностной и семейной ситуации;

7) «срыв» высших нейрорегуляторных функций с появлением развернутой клинической картины невроза. В качестве «пускового», или «разрешающего», фактора выступает острая психическая травма. Под воздействием дистресса, подрывающего защитные силы организма, декомпенсируются «места наименьшего сопротивления» на органически-дефицитном и конституционально-генетическом уровне, в еще большей степени снижаются биотонус, жизненная активность и вера в себя, исчезает самобытность и прекращается процесс творческого саморазвития.

Представленная с позиций системного анализа общая схема патогенеза невроза как психогенного заболевания формирующейся личности может быть весьма различной при тех или иных его клинических формах. Клинико-психологический анализ условий формирования личности является основой патогенетической психотерапии, направленной на восстановление психического единства личности и укрепление адаптационных, нейрорегуляторных возможностей организма.

Глава 3. Основные направления в психотерапии неврозов.

Обзор отечественной литературы.

На современном этапе развития психотерапии наблюдается изменение ее направленности от нозоцентрической (установка на болезнь) к антропоцентрической (установка на человека) и далее к социоцентрической (установка на связи личности с социальной средой) ориентации (Кабанов М. М., 1976). Современная психотерапия — это комплексное лечебное воздействие на психику больного, а через нее на весь его организм с целью устранения болезненных симптомов и изменения отношения к себе, своему состоянию и окружающей среде (Рожнов В. Е., 1971). Ведущее значение в отечественной психотерапии придается побуждению больного к активному,

сознательному соучастию в борьбе защитных сил организма против патологических факторов, когда психотерапия выступает как целостная система взаимосвязанных и взаимодополняющих методов лечебного воздействия на личность больного, а через нее на болезнь (Бехтерев В. М., 1954), активированию деятельности больного, его способности к росту, психическому обогащению, а через это к преодолению неадекватных болезненных реакций (Консторум С. И., 1962).

Патогенетическая психотерапия как психотерапия отношений (Мясищев В. Н., 1973) заключается в перестройке личности больного неврозом на основе действенного осознания причин и процесса развития болезни и перестройки отношения больного к патогенным факторам заболевания (Мясищев В. Н., 1966). Эта перестройка направлена на формирование у больного правильного отражения действительности и правильного отношения к ней (Мясищев В. Н., 1965). Патогенетическая психотерапия состоит из трех этапов. На первом изучается история формирования личности. На втором выясняется сущность конфликта, и беседы с больным направляются таким образом, чтобы он сам установил ассоциативные связи между обстоятельствами патогенной ситуации и особенностями его болезненных отношений. На третьем осуществляется реконструкция нарушенных отношений (Зачепиский Р. А., Яковлева Е. К., 1960). Существенный вклад в патогенетическую психотерапию внесен Н. В. Ивановым (1973, 1974), который раскрыл значение дезактуализации переживаний болезни и мобилизации защитных личностных механизмов. Для психотерапии важное значение имеет формирование в сознании больных «эталона врача», в котором обобщается опыт общения с наиболее авторитетными в их жизни лицами и отражается ряд стереотипов общения: руководитель, воспитатель, партнер, друг (Ташлыков В. А., 1972).

В последнее время разработаны рекомендации по диагностике и психотерапии неврозов в условиях специализированного отделения (Карвасарский Б. Д. и др., 1979; Карвасарский Б. Д., 1980), классификации методик психотерапии (Мягков И. Ф., 1967; Липгарт Н. К., 1974) с учетом этапа развития болезни (Лакосина Н. Д., 1975). Раскрыты многие из механизмов действия рациональной психотерапии (Панков Д. В., 1974), гипнотерапии (Платонов К. И., 1962; Рожнов В. Е., 1974), внушения наяву и самовнушения (Бурно М. Е., 1974), аутогенной тренировки (Свядош А. М., 1961; Панов А. Г. и др., 1973), поведенческой терапии (Слуцкий А. С., 1979). Разработаны направленные методики психотерапии при истерическом неврозе (Тупицын Ю. Я., 1973), неврозе навязчивых состояний (Асатиани Н. М., 1974), психастении (Бурно М. Е., 1974) и логоневрозе (Шкловский В. М., 1966).

В современной групповой психотерапии неврозов (Либих С. С., 1967, 1974; Гройсман А. Л., 1969; Карвасарский Б. Д., Мурзенко В. А., 1975; Исурина Г. Л., Мелик-Парсаданов М. Ю., 1979) и ее модификациях (Вольперт И. Е., 1972) находят свое преломление положения психологии малых групп (Свенцицкий А. Л., 1966; Кузьмин Е. С., 1967; Волков И. П., 1970; Парыгин Б. Д., 1971), психологическая теория коллектива (Петровский А. В., 1975, 1979) и вопросы восприятия человека человеком в процессе межличностных отношений (Бодалев А. А., 1965, 1975).

Получила развитие и семейная психотерапия, которая направлена на изменение межличностных отношений и устранение эмоциональных нарушений в семье (Мягер В. К. 1973). Семейная психотерапия отличается от обычных бесед с родственниками пациента для получения объективных сведений или для наставлений в отношении режима и лечения больного. Семейная психотерапия — это процесс группового взаимодействия, имеющий свою особую динамику. Перестройка отношений в семье достигается после длительной индивидуальной работы с каждым из супругов, пониманием ими причин семейных конфликтов и связи между возникновением невроза у одного или нескольких членов семьи и ситуацией в семье. При отсутствии контакта с одним из них семейная психотерапия проводится двумя специалистами, обычно врачом и психологом. Последующие совместные встречи с супругами происходят раз в неделю в течение 2—3 мес. За это время улучшается взаимопонимание между ними и их взаимоотношения поднимаются на более высокий уровень. Те же задачи ставятся при психотерапии нарушенных семейных отношений методами групповой психотерапии. В группе участвуют несколько супружеских пар, иногда со старшими детьми. Сюжеты для проигрывания и обсуждения ситуаций выбираются из жизни пациентов или носят более обобщенный характер. Подчеркивается большое профилактическое значение семейной психотерапии, так

как нигде психиатр так близко не соприкасается с жизненными проблемами, как в сфере семьи (Мягер В. К., Мишина Т. М., 1976).

Особый интерес представляют данные об эффективности психотерапии. Использование клинико-психологических критериев оценки показывает эффективность патогенетически обоснованного метода психотерапии неврозов, сближение в ее процессе представлений больного о «настоящем» и «желаемом» «я» (Иовлев Б. В. и др., 1976), существенное повышение самооценки (Карвасарский Б. Д. и др., 1977), относительную стойкость фрустрационных реакций (Винкшна И. А., 1976), неравномерную динамику личностных изменений в процессе групповой психотерапии (Исурина Г. Л., 1979). При оценке эффективности патогенетической психотерапии считается целесообразным использование следующих критериев (Федоров А. П., 1976): 1) симптоматического улучшения; 2) степени осознания психологических механизмов болезни; 3) степени реконструкции нарушенных отношений личности; 4) улучшения социального функционирования больного. Установлена зависимость результатов психотерапии от особенностей личности больного неврозом, степени его ресоциализации и реадaptации (Мягер В. К., 1971). Наименьшее число рецидивов обнаружено у лиц, занятых любимым делом и удовлетворенных в профессиональном плане, т. е. у лиц социально компенсированных (Мягер В. К., 1976).

Групповые и семейные формы психотерапии адекватны методам реабилитации (ресocialизации) больных (Кабанов М. М., Карвасарский Б. Д., 1978). В широком смысле слова под реабилитацией понимается разносторонний процесс воздействия на больного и его микросреду, в котором одним из важнейших принципов является «партнерство» врача и больного в достижении общей цели — восстановления личного и социального статуса пациента (Кабанов М. М., 1976).

Клиническая психотерапия неврозов у детей, несмотря на ряд общих положений с психотерапией у взрослых, имеет свои особенности и представляет собой самостоятельную научную дисциплину (Буянов М. И., 1971; Ковалев В. В., 1972). Ребенок нередко не осознает причин своего болезненного состояния, поэтому в психотерапии детей большее внимание, чем у взрослых, уделяется приемам отвлечения и переключения (Симеон Т. П., 1958).

Начиная со старшего дошкольного возраста задача психотерапии состоит в формировании у больного неврозом осознанного отношения к своим болезненным проявлениям, привлечении его к борьбе со своими недостатками и перевоспитании его личности (Сухарева Г. Е., Лапидес М. И., 1959). В процессе психотерапевтической и воспитательной работы дети начинают понимать, осмысливать связи и значение того, что определяет их поведение. Главным является образование на этой основе регуляции потребностей, которая на высоком уровне связана с самовоспитанием (Мясищев В. Н., 1960). Конечная цель длительного процесса перевоспитания заключается в постановке ребенка над неприятной ситуацией, т. е. в привитии ему навыков лучшего приспособления к действительности, умения преодолевать психотравмирующую ситуацию (Озерский Н. И., 1934). Терапевтический прогноз зависит от развития общественного сознания у больного неврозом — чем больше он связан с коллективом, тем легче перевоспитание его личности (Сухарева Г. Е., 1959).

Целенаправленное воздействие на личность больного неврозом с воспитательными целями обозначается как лечебно-педагогическое и составляет неотъемлемую часть общего психотерапевтического воздействия. В. Н. Мясищев (1960) в этой связи отмечает, что борьба с неврозами — это пограничная между педагогикой и медициной область, а психотерапия является столько же методом лечения, сколько и перевоспитания личности. Данный подход представлен ранее Г. Е. Сухаревой (1924), которая в своем опыте психотерапии считает существенным поднять у ребенка чувство уверенности в своих силах. С этой целью используется метод ответственных поручений, начиная с легких и переходя к серьезным. Врач опирается на более развитые функции. У художественно одаренных детей путем эстетического воспитания выявляется та позиция, в которой они чувствуют себя уверенными. Лечебно-педагогические средства повышают возможности саморегулирования и упражняют способность к задержкам. В. В. Ковалев и М. И. Буянов (1979) находят область рациональной психотерапии у детей школьного возраста и подростков в значительной степени общей с лечебной педагогикой. М. И. Буянов и В. З. Драпкин (1977), определяя основные тенденции современной психотерапии детей и подростков, страдающих неврозами, видят основную задачу психотерапии в лечении

с последующей личностной и социальной реабилитацией. Лечебная педагогика, способствуя лечению, главной задачей ставит развитие и обучение больного ребенка и подростка, воспитание в нем социальных, трудовых и этических установок. Б. З. Драпкин и О. А. Трифонов (1979) указывают, что лечебная педагогика при нервно-психических заболеваниях имеет и свою отдельную сферу приложения и что, таким образом, неправомерно любое медико-педагогическое воздействие обозначать как психотерапию. Это справедливое замечание основано на разностороннем опыте лечебной педагогики в нашей стране (Грибоедов Л. С., 1926; Вешапели Н. Г., 1958; Певзнер М. С., 1962; Пакшвер И. Г., 1971; Коган А. Г., 1977). Подчеркивается, что внимание педагога должно быть направлено не на «воспитание торможения», а на воспитание сильных побуждающих жизненных мотивов, которые неизбежно затормозят ненужную деятельность (Анохин П. К., 1958). Также считается, что не борьба с эмоциями и искоренение их, а правильное использование и целесообразное направление эмоциональной энергии ребенка являются одной из основных задач социального воспитания (Аркин Е. А., 1968). Воспитание мотивов неотделимо от воспитания перспективных путей, социально полезной цели (Макаренко А. С. 1950), утверждения в ребенке социоцентризма, коллективных норм жизни (Иогихес М. И., 1929). При этом необходимо соблюдать соответствие между силой воздействия и силой нервной системы ребенка и соизмерять требования к ребенку с его возможностями (Красногорский Н. И., 1954; Кудрявцева В. П., 1958). Целесообразно использование на первых этапах психотерапии таких традиционных приемов, как лечебно-охранительный режим, предохранение, успокоение, отвлечение, переключение (Иогихес М. И., 1929; Симеон Т. П., 1958). Метод охранительного торможения следует сочетать с методом тренировки нервных процессов (Кудрявцева В. П., 1957).

В процессе психотерапии неврозов выделяются три стадии. На первой устанавливается контакт с больным, на второй вскрывается сущность конфликта, на третьей больному дается установка, помогающая разрешить конфликтную ситуацию. Если у детей 2—6 лет в игре выявляется конфликт и намечаются пути его разрешения, то у детей 6—9 лет этой же цели служат рисунки. После 10 лет целесообразно проведение планомерных бесед (Симеон Т. П. и др., 1935).

Применение разъясняющей психотерапии возможно у интеллектуально развитых детей в виде рассказа врача о ситуации, близкой к той, которая травмировала ребенка. Тогда он может лучше оценить свое поведение при условии уважения к его личности (Сухарева Г. Е., 1959). У подростков, больных неврозами, показаны развернутые приемы рациональной психотерапии (Яковлева Е. К., Зачепиский Р. А., 1961). При характерологических нарушениях и психопатиях методы психотерапии применяются в зависимости от типа акцентуации характера и увлечений подростка (Эйдемиллер Э. Г., 1973; Личко А. Е., 1977; Скродский Ю. А., 1978). Существует мнение о том, что при эмоционально-лабильной акцентуации необходимо индивидуальной психотерапией добиться эмоционального отреагирования и в этот момент использовать директивный стиль ведения психотерапии и суггестию, после чего целесообразно применение семейной психотерапии (Личко А. Е., 1979).

При фобиях используются приемы условно-рефлекторной психотерапии в виде постепенного предъявления ребенку раздражителей от приятных до непосредственно связанных с аффектом страха (Блей Е. А., 1940; Пивоварова Г. Н., Симеон Т. П., 1956; Файнберг С. Г., 1973; Захаров А. И., 1974). Широкое распространение получает функциональная (поведенческая) тренировка в преодолении фобий и ипохондрических переживаний (Буянов М. И., 1976).

Несмотря на большое число исследований психологии игры в 20—30-е годы и в настоящее время (Леонтьев А. Н., 1972; Эльконин Д. Б., 1978), психотерапевтическое приложение игры отстает от запросов практики. Можно назвать только единичные исследования: Е. А. Аркина в 30-е годы, который утверждал, что «игра человека является могущественным фактором развития полноценной социальной личности, служа ареной испытания и закала социальных чувств, социальной дисциплины и коллективной солидарности»², Т. П. Симеон (1944) по снятию реактивно возникшей заторможенности у детей предоставлением возможности для выхода их агрессивных тенденций в отношении объекта страха; наши исследования (Захаров А. И., 1973) и опыт психотерапевтической кукольной драматизации Ю. С. Шевченко (1976). Вне

² Аркин Е. А. Ребенок в дошкольные годы. М., 1968, с. 217—218.

неврозов игровая терапия лучше всего разработана при заикании (Волкова Г. А., 1976), шизофреническом аутизме (Спиваковская А. С., 1980) и эпилепсии (Харитонов Р. А., Хрипкова Л. М., 1976).

Значительно большее распространение получает в начале 30-х годов коллективная лечебно-педагогическая работа с детьми и в первую очередь с больными логоневрозом. Занятия в группах проводятся с целью преодоления эгоцентрических установок и вовлечения в коллективные формы жизни. Коллективная психоортопедическая работа с больными логоневрозом рассматривается как форма их социотерапии (Гиляровский В. А., 1932). На так называемых «психоортопедических площадках» широко используются коллективная ритмика как средство регулирования эмоциональной экспрессии и самоконтроля детей (Самойленко Н. С., 1929; Флоренская Ю. А., Ходорова З. С., 1935), приемы коллективного соревнования (Каганова Э. Д., 1933). Уделяется внимание вопросам организации лечебных групп, в том числе с учетом разнородности темпераментов, характеров и одаренности их участников (Аркин Е. А., 1968). Даются рекомендации по организации коллективного взаимодействия детей с невропатией в детском саду (Дьякова Н. Н., 1929), где проводится психогигиеническая и психопрофилактическая работа, в том числе по отношению к единственным детям в семье, которые обнаруживают претензии на главенство. Постепенной сменой в коллективе ролей от главных до равных корректируются эти и подобные недостатки характера (Осипова Е. А., Ижболдина О. Ф., 1934). В последнее время коррекция одностороннего воспитания детей в семье осуществляется посредством специально организованных групповых игр в детском саду, помогающих преодолеть трудности адаптации (Козлов В. П., 1978). При неврозах групповая психотерапия проводится в стационарных (Драпкин Б. З., 1973) и амбулаторных условиях (Захаров А. И., 1971).

Обширный опыт накоплен в области гипносуггестивных методов психотерапии. Внушение наяву с педагогическими целями успешно использовали А. А. Токарский (1895), В. М. Бехтерев (1912), М. С. Шварцман (1914), С. В. Кравков (1924), А. Г. Ковалев (1970), И. Е. Шварц (1971), В. Куликов (1978). А. А. Токарский установил, что с помощью внушения может быть ослаблено влияние привычки, внесены новые стремления и возбуждена энергия уже существующих. Он, как и другие авторы (Макаренко А. С., 1950; Платонов К. И., 1962), решительно отвергает ослабление психической деятельности и воли в процессе внушения. В. В. Ковалев (1979) отмечает относительно малую эффективность рациональной психотерапии у детей дошкольного и младшего школьного возраста в связи с незрелостью абстрактного и преобладанием наглядно-действенного и образного мышления. Поэтому основной принцип психотерапевтического воздействия в детском возрасте заключается в широком использовании методов внушения. У младших детей это прежде всего косвенное внушение, на что в свое время указывали и другие авторы (Каценельсон Ф. Я., Горелик Е. И., 1958; Файнберг С. Г., 1973). При истерических расстройствах с выпадением тех или иных функций традиционно допускается применение шокового вида внушения (Гиляровский В. А., 1938; Сухарева Г. Е., 1959). Кроме этого, описывается оригинальная методика внушения младшим детям в парадоксальной фазе естественного сна (Рожнов В. Е., Лившиц Л. С., 1973). Предлагаются комбинированные методики внушения наяву и гипнотерапии (Пивоварова Г. Н., 1962), внушения и электросна (Виш П. М., 1974).

Гипнотерапия показана при зафиксированных невротических реакциях истерического (Гелина Л. И., 1954; Гуськов В., Мягков И. Ф., 1966) и обсессивного круга (Местиашвили М. Г., 1966), астеноневротических нарушениях (Сухарева Г. Е., 1959; Дмитриева Н. В., 1968), логоневрозе (Драпкин Б. З., 1966), невротическом энурезе (Буторина Н. Е., 1968; Ласков Б. И., Креймер А. Я., 1975; Буянов М. И., 1977), расстройствах сна (Гольбин А. Ц., 1979), патологических привычках и влечениях (Иванов Н. В., 1958). Внушение в гипнозе оправданно при эмоциональной лабильности, инфантильных чертах личности, невропатии, в то время как внушение наяву и различные виды косвенного внушения более показаны при тревожно-мнительных чертах характера (Жуковская Н. С., 1973). Обращается внимание на затруднения в использовании гипнотерапии при отсутствии осознания детьми своего заболевания, страхе перед врачом и боязни заснуть (Драпкин Б. З., 1966). Хуже поддаются гипнотерапии лица с истерическими чертами характера. Гипнабельность и эффективность гипнотерапии ниже при эгоцентризме и склонности к самолюбованию (Буянов М. И., 1976). Доказано положительное влияние гипноза на психическую

деятельность больных детей, на укрепление их ослабленных эмоциональных и полевых процессов (Токарский А. А., 1895; Платонов К. И., 1962). Исследования нейродинамики до и после гипнотерапии подтверждают нормализацию высшей нервной деятельности у детей с неврозами (Пивоварова Г. Н., Симеон Т. П., 1956). В целом гипнотерапия считается адекватным и эффективным методом в психотерапии неврозов у детей и подростков начиная с 6 лет (Рожнов В. Е., 1971).

Предпосылки для семейной психотерапии как подхода к лечению ребенка с учетом его семейного окружения можно найти у И. В. Маляревского (1886), который проводил амбулаторно совместные врачебно-педагогические беседы с родителями и детьми. Э. Д. Каганова (1933) в коллективных беседах с родителями обсуждала случаи заболевания неврозом у детей, вскрывала его причины, проводила чтение и разбор популярной литературы, организовывала с детьми экскурсии в клиники и санатории. Значение работы с семьей подчеркивают многие авторы 30-х годов настоящего столетия. В. А. Гиляровский отмечает, что «поскольку невротические расстройства детей находятся часто в прямой связи с нервностью родителей, являющейся источником ненормального отношения к детям, постольку психотерапию нужно начинать с близких, стремясь создать около ребенка более или менее уравновешенную и не травмирующую его среду»³. Такой же точки зрения придерживаются Г. Е. Сухарева и Л. С. Юсевич (1965), которые считают, что задача врача заключается не только в лечении ребенка, но и в активной разъяснительной работе со взрослыми с целью изменения тех условий, которые были причиной заболевания.

Современные тенденции семейной психотерапии развиваются В. П. Козловым (1976), который сочетает ее при фобиях с групповой психотерапией детей. Нами разработан единый патогенетический комплекс семейной, индивидуальной и групповой психотерапии детей и подростков с неврозами (Захаров А. И., 1971, 1973). В последнее время этот комплекс применяется при психотерапии детей и подростков с неврозом навязчивых состояний (Ковалев В. В., Шевченко Ю. С., 1980). Семейная психотерапия считается показанной не только при неврозах, но и при психопатиях у подростков (Эйдмиллер Э. Г., 1973). В более широком контексте семейная психотерапия входит в так называемую «психотерапию среды», которая нередко приобретает решающее значение в системе лечения ребенка с неврозом (Рожнов В. Е., Драпкин Б. З., 1974; Ковалев В. В., 1979).

Вопрос о целесообразности лечения детей с неврозами в стационарных или амбулаторных условиях решается в пользу последних. В. А. Куршев (1973) отмечает неудачные попытки лечения детей 2—5 лет в стационаре. Б. З. Драпкин (1973) считает недостатком стационарного лечения отрыв больного от условий нормальной жизни, семьи и коллектива здоровых сверстников, что может увеличивать число рецидивов заболевания после выписки. Многие из этих недостатков Б. З. Драпкин смог устранить в руководимом им психотерапевтическом подростковом отделении, где используются гибкий лечебный режим, предоставление подросткам самостоятельности в организации досуга, активирующий процесс групповой психотерапии.

Основные принципы профилактики неврозов у детей состоят в раннем выявлении нервно-психических отклонений (Давиденков С. Н., 1954), тесном контакте педиатра с невропатологом и психиатром (Пивоварова Г. Н., 1962), правильном воспитании детей (Яковлева Е. К., 1958; Ушаков Г. К., 1966), широком комплексе психогигиенических и психопрофилактических мероприятий (Озерский Н. И., 1934; Осипова Е. А., Ижболдина О. Ф., 1934), продуманной психологической подготовке к детскому саду (Голубева Л. Г. и др., 1974, 1980; Власов В. Н., 1978).

Обзор зарубежной литературы.

Ввиду большого числа исследований мы остановимся только на главных направлениях психотерапии у детей, сопоставляя их с направлениями психотерапии у взрослых.

³ Гиляровский В. А. Психиатрия. М., 1938, с 719.

В конце XIX — начале XX в. наибольшее значение в психотерапии у взрослых придается методам гипносуггестивного воздействия (Bernheim H., 1910; Moll A., 1909). У детей в основном используется внушение, когда врач в директивной, не терпящей возражений и сомнений форме, предписывает тот или иной образ действий, способствующий выздоровлению, и в такой же форме дает педагогические рекомендации родителям больного ребенка (Томас Ф., 1911). В 50-х годах возобновляется интерес к гипнотерапии у детей. Подчеркиваются ее безвредность и эффективность не только при эмоциональных, но и некоторых органических нарушениях (Вельдеши Ф. А., 1964, 1965).

Лежащее в основе рациональной психотерапии у взрослых искусство убеждения подразумевает доказательство путем логических умозаключений ошибочности суждений больного и предписывание ему соответствующего образа действий (Дюбуа, 1912). То же относится к детской практике и к работе с родителями, обычно в виде медико-педагогического воздействия (Финн-Скотт М., 1930). В последующем рациональная психотерапия претерпела ряд изменений, преимущественно за счет включения в нее элементов дискуссии, т. е. развития двустороннего контакта между врачом и больным.

Создатель школы индивидуальной психологии А. Адлер (1928, 1930) внес значительный вклад в развитие рациональной психотерапии неврозов и характерологических нарушений у детей. По его мнению, мотивация поведения, основанная на чувстве неполноценности, является центром невротической личности. Невротический характер имеет своей целью безграничную компенсацию пониженного чувства личности, прежде всего в плане половой идентичности, которая выражается, особенно у мальчиков, протестными реакциями, негативным поведением и упрямством. В то же время ребенок своей слабостью и зависимостью пытается направить заботу окружающих на себя. Обе линии поведения гарантируют компенсацию пониженного чувства личности и позволяют избавиться от требований жизни. В этом заключаются фиктивная, предопределяющая цель невротика, его жизненная позиция. Невроз, таким образом, расценивается не только как болезнь, но и как своеобразная «уловка», «доминирующая фикция». Несмотря на всю ценность данных выводов, в них нельзя не усмотреть одностороннего преломления проблемы неврозов.

В системе психотерапии А. Адлер уделяет особое внимание коррекции изнеженности в характере детей, которая, как и чувство физической неполноценности, считается отправной точкой для болезненного развития личности. Перестраивая отношения (позицию) детей с неврозами в относительно небольшой по сравнению с психоанализом отрезок времени, А. Адлер апеллирует к сознанию, чувству собственного достоинства, доступно объясняет причинную связь между характерологическими и невротическими проявлениями, использует цель и перспективу как основу для изменения индивидуалистической позиции, широко привлекает в качестве средства развития соответствующих черт характера интерес детей к «мужественным» профессиям. Заслуживают внимания целенаправленные дискуссии с родителями с целью изменения их отношений и организация совместных дискуссий родителей и учителей.

Историческую роль в диагностике и психотерапии неврозов сыграло психоаналитическое учение S. Freud. Считая психические процессы бессознательными, а сознательные процессы только как отдельные проявления душевной жизни, он приписывал сексуальным влечениям предопределяющую роль как причине нервных и душевных заболеваний. По его мнению, патогенез неврозов заключается в вытеснении из сознания в сферу бессознательного аффективно окрашенных сексуальных переживаний первых лет детства, представленных «Эдиповым комплексом» и внутренним конфликтом между инстинктивными и социальными требованиями.

В дальнейшем S. Freud не раз уточняет, что «человек заболевает из-за конфликта между требованиями инстинктивной жизни и сопротивлением, которое возникает внутри человека против этого»⁴.

За внешними проявлениями болезни S. Freud находит бессознательные движущие силы и в связи с этим расценивает симптомы невроза как бессознательное выражение

⁴ Freud S. The Complete Psychological Works. Stanford ed. 1944, v. 22. p. 57—77.

того, что раньше было целью. Поэтому он допускает, что в интерпретации полученных данных не нужно искать той очевидности, которую ищет клинический психиатр, так как факты следует рассматривать как символы ранее пережитого, прежде всего в плане сексуального развития и «Эдипова комплекса». Объясняя симптомы как косвенное выражение бессознательных и несовместимых потребностей, S. Freud считает задачей психоанализа раскрытие в «бессмысленных» идеях и «беспочвенных» действиях настоящего той прошлой ситуации, в которой эти идеи были оправданы и действия служили цели. Для этого аналитик не стремится вводить ничего нового, а лишь отнимает, устраняет то, что затемняет основной смысл болезни. Он бесстрастный наблюдатель, намеренно отдаленный от больного, своего рода экран для выражения его чувств в виде свободных ассоциаций. В процессе длительного лечения и нередко ежедневных встреч пациент непроизвольно переносит на аналитика свои инфантильно-невротические схемы семейных отношений, т. е. дружеские, враждебные или амбивалентные чувства, которые он прежде проявлял к родителям или другим лицам, игравшим важную роль в его жизни. Значение переноса (трансфера) заключается в том, что он проявляет отношение к тому человеку, с которым подсознательно отождествляется аналитик. В результате проекций отношений по типу «ребенок—родитель» возникает трансферный невроз, в котором первоначальные патогенетические конфликты прошлых семейных отношений дублируются, но с меньшей степенью интенсивности. Так как аналитик в противовес этим чувствам остается эмоционально невключенным и бесстрастным наблюдателем, то у пациента нарастает аффективная напряженность, появляются неприязнь к аналитику и сопротивление продолжению лечения. Эти чувства объективно изучаются вместе с пациентом, и ему объясняется, как из прежних переживаний вырастают его чувства в настоящем. Таким образом, в процессе психоанализа пациент переносит образы своей семьи на аналитика, главной функцией которого является предоставление условий для развития трансферного невроза и его последующая интерпретация с должной оценкой сопротивления. Одновременно аналитик старается проникнуть в защитные механизмы пациента, с тем чтобы заставить его осознать собственную тревогу и скрытые конфликты, ибо только в таком случае можно будет обращаться с ними рационально. Это медленный процесс, так как слишком быстрое осознание может быть излишне травмирующим для пациента и привести к усилению, а не к ослаблению его тревоги.

В психоанализе отсутствуют руководство больным, его воспитание, активное изменение отношений. Считается, что психосинтез у больного, если для этого созданы необходимые условия в виде «разложения» симптомов и устранения сопротивлений, происходит без вмешательства аналитика, автоматически и неизбежно. Если осознание вытесненного — цель психоанализа, то его вершина — разрешение «Эдипова комплекса», которое означает высшую интеграцию личности, преобладание «я» над «оно». Исцеление через осознание или раскрепощение вытесненных влечений составляет сущность механизма катарсиса (очищения).

Главными понятиями в психоанализе как лечебном методе являются свободные ассоциации, трансфер и сопротивление. Следует провести различие между теоретическими концепциями психоанализа, т. е. интерпретацией получаемых данных, и практическими приемами обследования и лечения. Если интерпретация данных и исходные положения психоанализа многими исследователями считаются тенденциозными и часто не отвечающими критериям клинической реальности, то методы диагностики, как и вдумчивый, не терпящий спешки, серьезный подход к переживаниям невротика и принятие во внимание его отношений к врачу, оставили глубокий след в дальнейшем развитии зарубежной психотерапии.

Психоанализ наиболее уязвим, когда он выходит за пределы психиатрии, и это часто дает основания для его справедливой критики. Если же обратиться только к клинике неврозов, то окажется, что действительно бессознательная патологическая мотивация может во многом предопределять поведение больных с неврозом, хотя бы по типу создания непроизвольных защитных установок. Верным будет и то, что больной с неврозом в отличие от здорового человека нередко живет в своем субъективном, иррационально-аффективном мире, который для него нередко более значим, чем мир реальный. Однако эти вариации в психоанализе превращаются в догму, что мешает врачу изменить свой взгляд на больного в процессе его лечения.

В наших наблюдениях явления, напоминающие перенос, встречаются не так часто, видимо, из-за иной, чем в психоанализе, стратегии психотерапии. Большей частью они имеют место в неполных или конфликтных семьях, когда врач непроизвольно восполняет неудовлетворенную потребность в общении с тем или иным членом семьи. Более частый перенос в подростковом и юношеском возрасте, в первую очередь при истерическом неврозе, объясняется потребностью реализовать в отношениях с врачом признание со стороны семьи и сверстников.

Является ли ортодоксальный психоанализ директивным методом психотерапии? Этот вопрос мог бы вызвать недоумение, но, на наш взгляд, в классических формах гипносуггестивной терапии, рациональной психотерапии и психоанализе есть общее, какими бы они ни были противоположными внешне. Это общее состоит в зримом, как при суггестивной и рациональной психотерапии, и незримом, как при психоанализе, предписании пациенту определенного, заранее сформированного образа мышления. Такое предписание нередко носит директивный характер и представляет собой в той или иной мере слепок мышления врача. Кроме «обязывания» думать и поступать определенным образом (в психоанализе это достигается раз и навсегда заданной интерпретацией полученных данных), отношения при всех трех тактиках психотерапии строятся по типу односторонней связи «врач—пациент». Общим с рациональной психотерапией в психоанализе является внушающий эффект осознания, к которому прямо или исподволь готовится пациент и которое ожидается как нечто способное «открыть глаза» и изменить его личность. Но если в рациональной психотерапии идет активная перестройка отношений под руководством врача, то в психоанализе пациент это должен сделать сам под наблюдением врача.

S. Freud, будучи тонким наблюдателем, подметил многие особенности детского развития, которые до него не были известны или игнорировались. К ним можно отнести и детскую сексуальность. Но трактовка ее в виде «Эдипова комплекса» как единственного источника невроза требует пояснений. Действительно, дети в возрасте 4—6 лет могут испытывать нечто, напоминающее сексуальное влечение, но оно специально не направлено на родителя другого пола, а может проявляться в виде специфических ощущений при ласке со стороны взрослых и играх со сверстниками. Следует добавить, что сексуальное развитие у детей, болеющих неврозами, несколько заторможено. Для этого есть много причин, в том числе «бесполое» воспитание со стороны родителей и репрессивные меры в отношении любых, естественных для детей, проявлений сексуального интереса. Редко наблюдается в наших случаях и мастурбация у детей дошкольного возраста (6%). Заторможенность сексуального развития является одним из выражений нерезких нарушений развития схемы тела у детей с неврозами, когда они хуже, чем их здоровые сверстники, чувствуют свое тело и координируют свои действия. Тому есть причины и среди них — чрезмерная интеллектуальная стимуляция, ограничения физической активности, общая, нервная и соматическая ослабленность.

Как известно, структура «Эдипова комплекса» включает либидонозную привязанность детей в возрасте 5 лет к родителю другого пола, вызванную этим конкуренцию или враждебность к родителю того же пола и, как следствие, вытеснение инцестуозных переживаний в сны, чувство вины и беспокойства.

В 1978 г. мы провели обширное исследование (961 пациент 3—16 лет без нервно-психических отклонений) по изучению возрастных и половых особенностей идентификации детей с родителями. Выяснилось, что пик идентификации, как отождествления себя с родителем того же пола, у мальчиков и девочек наблюдается именно в возрасте 5—6 лет. К этому возрасту создаются необходимые эмоциональные и когнитивные предпосылки для идентификации в виде развития способности к эмпатии и принятию роли, а также развивается потребность в соответствующем по полу поведении в общении со сверстниками, эталоном которого является родитель того же пола. Идентификация с ним сопряжена с эмоционально теплыми отношениями, особенно у девочек. Изложенное позволяет сделать вывод, что дети в изучаемом возрасте, представляя себя на месте родителя того же пола и отождествляя себя с ним, испытывают при этом и потребность в подражании его отношению к родителю другого пола, т. е. мальчики, так же как и отец, хотят быть «женатыми» на своей матери, а девочки быть «замужем» за отцом. Следовательно, родитель того же пола является не объектом враждебности, а объектом подражания

и авторитета. Мы видим, что S. Freud расширил сферу сексуального, по существу заменив им эмоциональную и когнитивную сферу развития личности, в то время как все они выступают в единстве и знаменуют определенную зрелость генетического и социально-детерминированного личностного развития к 5—6 годам.

S. Freud специально не занимался психоанализом детей. Классический психоанализ у детей в 20—30-е годы представлен исследованиями Н. Huq-Helmuth, М. Klein и А. Freud. Если М. Klein проводит анализ без вмешательства и руководства, то Н. Huq-Helmuth и А. Freud осуществляют, при необходимости, активное руководство больным, изменение его отношений и перевоспитание.

Н. Huq-Helmuth видит задачу воспитания «в умении найти должную меру в поощрении развития одних влечений и в торможении других»⁵. Подчеркивая уважение к естественному ходу развития ребенка и патогенное значение неразрешимого внутреннего конфликта, она впервые практикует медико-педагогические консультации по проблемам воспитания, целью которых является смягчение напряженных отношений между родителем и ребенком. Сама техника психоанализа остается без изменений, вплоть до использования кушетки во время сеанса.

А. Freud выводит все конфликты детства из процесса «созревания». Проявления невротической заторможенности она устраняет эмоциональным контактом с детьми и интерпретацией их поведения в игре, для чего они побуждаются во всем давать отчет. Авторитет аналитика признается выше авторитета родителей и считается, что он должен направлять ребенка. Последнее осуществимо, когда у ребенка есть ясное осознание своего «дефекта» и желание от него избавиться. Для анализа используются также детские рисунки (Freud A., 1971).

М. Klein в 30-х годах связывала происхождение неврозов с депрессивными реакциями при взаимодействии с матерью на первом году жизни, мастурбационными фантазиями и страхом. Последний выводится из мастурбационных фантазий, страха кастрации и «Эдипова комплекса». Подразумевается развитие в процессе анализа детей аналогичного взрослым трансферного невроза, но метод свободных ассоциаций заменяется спонтанной деятельностью детей в игре с игрушками, воспроизводящими реальный мир. Сама же игра толкуется психоаналитически, и ребенку буквально объясняется сексуальная символика того или иного игрового действия. Метод символической интерпретации игровой деятельности М. Klein в дальнейшем обозначается как игровая терапия (play therapy).

А. Freud и М. Klein в 20—30-х годах, G. Pearson (1949) и I. Kessler (1966) для лучшего понимания конфликтов ребенка наблюдают за игрой, чтобы после нее дать интерпретацию. В отличие от этого D. Levy (1939) наблюдение за игрой использует как предварительное условие для ее планирования и участия в ней. У всех этих исследователей игра определенным образом интерпретируется и организуется, поэтому данное направление игровой терапии получает название директивного.

Последующее развитие психоанализа идет по пути сокращения его продолжительности (уже у М. Klein длительность анализа составляла не несколько лет, а 8—10 мес. при 4—5 посещениях в неделю) и обеспечения направленного психоаналитического руководства процессом воспитания. В 1939 г. на IX конгрессе психоаналитиков стран французского языка формулируется понятие семейного невроза. Невроз ребенка рассматривается как продукт и выявляющий фактор семейных аномалий. Отмечается необходимость анализа детей совместно с родителями, прежде всего с матерью. Тем самым психоанализ стал выходить за рамки только индивидуальной работы с ребенком, когда родители рассматривались лишь в качестве отражений на экране его ассоциации (Duche I., 1967). В настоящее время психоанализ уже не рассматривается как истина в последней инстанции, но при ограничении его экспансивности и сохранении за ним его собственного поля в ряде случаев считается полезным. Один из наиболее видных представителей современного психоанализа Е. Erikson (1968), соглашаясь с классическими положениями психоанализа о достижении большей подвижности «оно», терпимости «сверх-я» и способности «я» к синтезу, добавляет, что анализ «я» должен происходить в связи с историческими изменениями, доминировавшими в период детства и отроческих кризисов, и социальным приспособлением в зрелый период.

⁵ Huq-Helmuth Н. Новые пути к познанию детского возраста. Пер. с нем., Л., 1926, с. 63.

Психоаналитические и непсихоаналитические методы лечения неврозов, использующие ряд общих принципов, объединяются под названием психодинамической терапии. Она направлена на устранение скорее причин невроза, чем его симптомов. В психодинамическом подходе главными детерминантами невротического поведения служат внутриспсихические процессы и подсознательные мотивы, а основными понятиями являются тревога и защита. Проблема, как мы уже видели, не в том, что они есть, а в том, как интерпретируются механизмы их происхождения. Такие известные зарубежные психиатры непсихоаналитического направления, как К. Horney (1950) и Н. Sullivan (1953), видят в тревоге общую динамическую основу неврозов и выводят ее из опыта ранних межличностных отношений. Считается, что психоневротические личностные нарушения вырастают из попыток справиться со специфическими внутренними психологическими проблемами, одолеть которые без напряжения или повреждения психологических механизмов индивид не может. Симптомы этих нарушений состоят либо в непосредственных ощущениях и выражениях тревоги, либо в автоматических попытках контролировать ее посредством таких механизмов защиты, как конверсия, диссоциация, вытеснение, формирование фобии или навязчивых мыслей и действий. Невроз, по К. Horney, возникает тогда, когда рушится или блокируется «внутренним давлением» потенция развития.

Осознание значения эмоций, влечений и других иррациональных компонентов психики в происхождении невроза является целью психодинамической терапии в любых ее вариантах. Поэтому она определяется преимущественно как инсайтный (интуитивный) вид терапии. Но если психоанализ при этом направлен главным образом на реконструкцию прошлого пациента, то в непсихоаналитическом психодинамическом подходе больше внимания уделяется актуальным динамическим процессам. По К. Horney, цель лечения — помочь больному неврозом осознать свое реальное «я» и развить возможности его психического роста.

В психобиологии (Mayer A., 1934) личность рассматривается как целостное образование в контексте своего исторического формирования, а психические расстройства изучаются как динамические дезадаптивные реакции индивида на напряжение — стресс и конфликт. В непринужденной беседе главное внимание уделяется не отысканию подсознательных мотивов и механизмов невротического поведения, а фактическим ситуациям и обстоятельствам. Трансферу не придается значения, и психиатр стремится не к тому, чтобы пациент вновь пережил свои ранние переживания, а к тому, чтобы он понял их сегодняшнее значение. Обсуждение с психотерапевтом имеет целью помочь больному проследить происхождение своих расстройств. Подобный биографический анализ также включает изучение соматических факторов и панораму психосексуального развития пациента. Дискутируются только те факты, которые понятны пациенту или занимали видное место в его жизненных переживаниях. После того как различные переживания, ситуации и симптомы проанализированы и продискутированы, пациента просят переформулировать их в динамическую автобиографию с дачей мотиваций, чтобы он по возможности мог понять их смысл и эволюцию.

Взгляды А. Mayer не были столь широко распространены в эру господства психоанализа, но как выражение наиболее удаленной от психоанализа ветви психодинамической терапии они сыграли свою роль, и, на наш взгляд, отразились на развитии системного подхода в зарубежной психотерапии. (Masserman I., 1969).

Психотерапевтический подход, исходящий из опыта пациента и ставящий его в центр взаимодействия с врачом, получает свое развитие в виде психотерапии отношений или «клиент-центрированной» (client-centered) психотерапии С. Rogers (1965). В ней бессознательное и сознательное рассматриваются как единство в понятиях опыта и перцепции. Невротические расстройства объясняются как следствие нереализованных жизненно важных потребностей, психогенной блокировки («закупорки») опыта и потери его конгруэнтности с «я». С. Rogers не так озабочен прошлым пациента, как психоаналитик, и не привлекает перенос и интерпретацию в качестве действующих факторов психотерапии. Основное внимание уделяется не столько связи между тревогой и защитой, сколько пониженному у невротика представлению о самом себе и чувству самоуважения. Отношения между врачом и пациентом (клиентом, по С. Rogers) строятся по принципу эгалитарности, т. е. на уровне «человек—человек», а не «врач—пациент», как в психоаналитическом

подходе. Большее значение имеет не то, что врач говорит, а то, что он есть: личность терапевта — это его главное орудие (Rogers C., 1965). Психотерапевт не ведет за собой, а сопровождает, участвуя в непосредственном опыте пациента, создавая условия для ощущения им чувства безопасности; он не думает за пациента, а думает, оценивает вместе с ним; не дает советов и инструкций, а эмпатически представляя себя на месте пациента, ненавязчиво способствует особой манерой беседы развитию тенденции к актуализации потенциала его организма. Отсутствие вмешательства в естественное развитие объясняет употребление противоположного анализу понятия «катализ» — облегчения, ускорения процесса самоактуализации. Все это не исключает общего направления положительной эволюции пациента, которому создаются условия для спокойного, целенаправленного монолога — пациент говорит и рассуждает как бы с самим собой, врач только вставляет слова, говорящие о его заинтересованности и удерживающие беседу в русле существенных вопросов. Тем самым пациент побуждается к правильной формулировке своих проблем и часто сам находит выход из ситуации, конструируя правильный мотив. Собственный, достаточно убедительный и конкретный мотив становится лучшим стимулом для деятельности, ведущей к психическому равновесию. В процессе психотерапии наблюдаются следующие изменения личности пациента: «1) пациент эволюционирует к состоянию более полного внутреннего согласия (гармонии), он более открыт своему опыту и менее защищен; 2) его восприятие более реалистично, более дифференцированно и более объективно; 3) он становится все более способным разрешать свои проблемы; 4) его психическое функционирование улучшается и развивается в оптимальном смысле; 5) уменьшается ранимость вследствие увеличения согласия между «я» и опытом; 6) возрастает положительное рассмотрение себя, и субъект все более воспринимает себя как центр оценки»⁶. В результате главным образом уменьшения тревожности и повышения внутреннего согласия пациент может идентифицировать, испытывать и принимать собственными средствами психогенные аспекты своего болезненного состояния. По мере того как у него развивается способность уважать себя, он становится все более способным уважать и ценить других людей.

Психотерапевтический подход С. Rogers нашел некоторое распространение в практике зарубежной педагогической работы, когда ученики и учителя в игре меняются ролями и группа действует в этих условиях какое-то время. Следует отметить, что теоретические предпосылки психотерапии С. Rogers более разработаны, чем практическая часть. Ряд положений этого психотерапевтического подхода можно обнаружить в сократовском устном диалогическом методе преподавания, рассчитанном на «внутренний голос» обучаемого. Искусство беседы, по Сократу, требует исходить из того, что уже известно собеседнику, а не подавлять его эрудицией и непонятными истинами. Сократ полагал, что слушатели могут с его помощью открыть в себе много прекрасного и разумного, правда, если в них это уже заложено (Нерсенянц В. С., 1977).

Психотерапия отношений С. Rogers получила свое развитие в направлении недирективной игровой терапии, когда психотерапевт не вмешивается в спонтанную игру детей и не интерпретирует ее, как в вышерассмотренном директивном направлении, а создает самой игрой атмосферу тепла, безопасности и безусловного принятия чувств и мыслей пациента (Alien E., 1942; Axline V., 1947; Moustakas C., 1970). В данном виде игровая терапия считается показанной в первую очередь для детей с длительными невротическими расстройствами, эмоционально напряженных, подавляющих свои чувства (Alien F., 1942). Игровая терапия должна помочь ребенку увидеть, осознать самого себя, свои достоинства и недостатки, трудности и успехи. Этому способствуют сформулированные V. Axline (1947) принципы, по которым строится поведение психотерапевта: 1) принятие ребенка, достигаемое дружеской, теплой, неподавляющей манерой общения, врач не проявляет нетерпения, недовольства или несогласия, воздерживается от похвалы и одобрения, которые ограничивают свободу ребенка; 2) установление дозволенности в игре, безопасности в отношениях, что позволяет ребенку выразить свои чувства и переживания; 3) предоставление ему возможности самостоятельно выбирать линию поведения, врач чаще всего находится вне игры и лишь иногда может руководить ею по просьбе

⁶ Rogers C., Kinget G. Psychotherapie et relations humaines. Theorie et pratique de la therapie non-directive. Lohvain-Pans, 1965, p. 209.

ребенка; 4) отказ от форсирования терапии, приводящего к потере контакта; 5) отражение чувств — врач отказывается от интерпретации высказываний и действий ребенка, пользуясь в игре его же символами. Психотерапевт — зеркало, в котором ребенок видит самого себя.

При таком построении терапевтических ситуаций дети получают возможность разыграть и тем самым отреагировать свои напряжения, фрустрации, агрессивность и страхи. Проигрывая эти чувства, они переводят их вовне, открывают их. Сталкиваясь с ними лицом к лицу, дети обучаются контролировать свои чувства и поведение в целом. По словам V. Axline в результате игровой терапии дети получают возможность двигаться вперед, становятся более независимыми и зрелыми. Предоставляя ребенку максимальную самостоятельность в игре, V. Axline выделяет лишь три типа ограничений: неизменную продолжительность сеанса, запрет на повреждение игрового материала и на использование врача в качестве объекта агрессии. С. Moustakas (1970), активно работавший с детьми в 50-е годы, считает самым важным аспектом терапевтических отношений установление подобных ограничений, которые связывают психотерапию с реальностью и напоминают ребенку об его ответственности перед собой и психотерапевтом. Развитие позитивных отношений в игре становится возможным только тогда, когда взрослый отвечает на чувства ребенка и искренне верит в него. Тогда ребенок движется к выражению ясных положительных или отрицательных отношений, которые дают ему возможность чувствовать себя достойным и развивать свои реальные способности. Поскольку эмоциональные проблемы и симптомы ребенка являются отражениями его отношений, то по мере их изменения исчезают проблемы и симптомы. В своей работе с родителями С. Moustakas все решения оставляет за ними. Полученный материал комментируется осторожно, в рамках чувств и мыслей родителя. Цель семейной консультации — помочь матери и отцу жить с ребенком «лицом к лицу», но без плана, как изучать и анализировать его состояние. Не используются обучение, активная перестройка отношений, и подобная тактика не всегда может привести к ощутимым психотерапевтическим результатам. По нашим наблюдениям, недирективная игровая терапия может быть полезна в качестве начального, но не основного этапа психотерапевтического процесса у детей.

Заметный вклад в терапевтическое использование игры внес Е. Erikson (1964), который считает спонтанную игру способом разрешения жизненных трудностей посредством создания модельных ситуаций и овладения реальностью через эксперимент и планирование. Поэтому игра выглядит как самая естественная самоизлечивающая мера, на которую способно детство.

В 30—40-е годы развитие социальной психологии и идеи J. Moreno ускорили развитие групповой психотерапии. S. Slavson — основоположник групповой психотерапии у детей — позволяет выразить в группе внутренние конфликты и агрессивные тенденции. Групповой катарсис открывает дорогу более дружественным отношениям, снимает беспокойство, чувство вины и страха. У подростков дополнительно применяется обсуждение их проблем. Тактика врача ситуативна и варьирует в зависимости от групповой динамики. Исключительное внимание уделяется подбору участников психотерапии. Группы в зависимости от цели делятся на закрытые (одновременное начало и конец лечения) и открытые (постепенная замена участников). В итоге групповой психотерапии развивается способность принятия себя и других, расширяются жизненные интересы, повышается выносливость к неудачам и жизненным трудностям, формируются зрелость личности и «групповая мораль» (Slavson S., 1943).

Н. Ginott (1961) применяет групповую психотерапию к характерологически тормозимым детям. Указывая, что в группе практически невозможно избежать страха, Н. Ginott, как и S. Slavson, воспроизводит в процессе спонтанных и направляемых игр ситуации, вызывающие страх, и помогает его игровому и вербальному выражению. В настоящее время групповая психотерапия получила распространение и в обычных школах в рамках программы по оказанию помощи детям с эмоциональными нарушениями (Anderson N., Marrone R., 1977). Положительные результаты групповой психотерапии, по данным разных авторов, наблюдаются лишь в 1/3 случаев (Abramowitz C., 1976), что связано, на наш взгляд, с недостаточно критическим использованием показаний для групповой психотерапии, применением

малопродуктивных групповых психоаналитических техник без развития процесса групповой динамики.

Психотерапевтическая концепция психодрамы J. Moreno, созданная в 40-х годах, основана на социально-психологических закономерностях общения, что в наибольшей мере отвечает требованиям реальной жизни. В основе лечебного действия психодрамы лежит катарсис — то душевное «очищение» и облегчение, о котором писал Аристотель, разъясняя механизм действия античной трагедии на зрителя. Источником катарсиса, по J. Moreno, является спонтанность, под которой он понимает способность к адекватной реакции на внезапно возникшие обстоятельства. Эта способность у невротика ослаблена. У него также нарушено равновесие между миром реальности и миром воображения. Психодрама, объединяя реальную действительность и воображение, устраняет этот разрыв. Задача психодрамы заключается в создании условий, при которых выполнение роли будет восприниматься участниками группы как естественное выражение «я», что позволит снять многие из их перенапряжений. Главный герой психодрамы — протагонист — изображает себя в различных проблемных ситуациях. Вспомогательные персонажи, которые он назначает из числа присутствующих, отражают и изменяют характер его взаимодействия. Подобную роль при необходимости выполняет и руководитель игры. По J. Moreno, использование в ролевом действии вспомогательного «я» отличает психодраму от групповой психотерапии.

Психодраматический сеанс включает три стадии: психологической разминки, действия и последующей дискуссии. Разминка — это интервью и анализ предстоящих игровых ситуаций, которые должны быть актуальными и интересными для участников игры, но не чрезмерно травмирующими. Напряжения, возникающие в психодраме, уменьшаются при помощи вымышленных ситуаций, изменения ролей и повторения игровой темы. Умение «войти» в нужную роль рассматривается в психодраме как средство снятия избытка психического напряжения. При этом воздействие аудитории — группы и присутствующих на сеансе лиц — существенно в системе научения адаптированному поведению. В результате психодрамы происходят эмоциональное отреагирование, осознание и разрешение проблем у ее участников с одновременным улучшением их психического состояния (Moreno J., 1946).

В развернутом виде классическая психодрама применяется в основном у подростков (Lebovici S., 1961). Имеются многочисленные попытки упростить психодраму. G. Lehmann (1968) предлагает для уменьшения невротической пубертатной заторможенности импровизационную групповую игру в сказку. I. Corman (1973) и R. Gardner (1975) используют драматизацию в индивидуальной работе с детьми. Широкое распространение метод психодрамы получил в социалистических странах. В ГДР, кроме G. Lehmann, ее практикуют C. Krauss, V. Scholz, M. Knopfel (1977), S. Palmer и R. Rank (1978); в Чехословакии M. Bouchal, D. Dufkova, M. Robes, Z. Sekaninova (1973) и др. У этих авторов психодраматически преломляются ритмика, пантомима, подвижные игры.

Из разнообразных вариантов психодрамы, объединяющих ее с групповой психотерапией, следует отметить так называемую кинетическую психотерапию R. Schachter для детей с невротическими и поведенческими отклонениями, испытывающих трудности в словесном выражении своих чувств. В подвижных играх дети обучаются более адекватному выражению гнева и других эмоций. Механизмы психодрамы трактуются в понятиях игровой терапии, классической психодрамы J. Moreno и бихевиористической (поведенческой) терапии (Schachter R., 1974). Предложен ряд других сочетаний групповой психотерапии с драматизацией, ритмикой и экспрессивным, «телесным» выражением детьми своих чувств, в чем отражается характерная для французской психиатрии концепция «психомоторного воспитания» (Dellaert R. et al., 1969). Психоаналитическое направление психодрамы наиболее активно представлено в работах французских психиатров. В группе проигрываются разнообразные, в том числе семейные, роли. Психотерапевты (обычно мужчина и женщина) вмешиваются в игру только для уточнения некоторых моментов и вербализации действий ее участников. Психоаналитическая интерпретация игры заключается в отреагировании несостоявшихся стадий сексуального развития, переносе образов матери и отца на психотерапевтов, вскрытии «Эдиповой семейной структуры» и анализе индивидуального и группового сопротивления в процессе лечения (Monod M., Bosse J., 1965; Cosnier I. et al., 1971; Testemale G., 1971).

Принцип десенсибилизации, составляющий основу поведенческой терапии (behaviour therapy), можно найти у великого французского просветителя Руссо: «... все дети боятся масок. Я начну с того, что покажу Эмилю маску с приятными чертами лица, затем кто-нибудь у него на глазах наденет ее на лицо: я начну хохотать, засмеются и все, — и ребенок вместе с другими. Мало-помалу я приучу его к маскам с менее приятными чертами и, наконец, к фигурам отвратительным. Если я хорошо выдержал градацию, то он не только не испугается последней маски, но будет смеяться над ней, как над первой. После этого я не боюсь, что его испугают масками»⁷.

Поведенческая терапия выросла из лабораторных экспериментов над животными, и на нее оказали большое влияние опыты И. П. Павлова и В. Skinnera. Поведенческие терапевты полагают, что все поведение, как нормальное, так и аномальное, — продукт того, что человек выучил или не выучил. Поэтому невротические нарушения рассматриваются как привычки, существующие в настоящем, и их развитию не придается значения. Н. Eysenck (1959) заявляет, что нет невроза, скрывающего симптом, а есть просто симптом и если избавиться от него, то можно уничтожить и невроз. Для поведенческого терапевта все проблемы являются по своей природе педагогическими. Пациент обучается новым эмоциональным и познавательным альтернативам поведения, которые должны быть прорепетированы и испытаны внутри и за пределами терапевтической ситуации. Обучение исключает необходимость инсайта и катарсиса. Метод кушетки (в классическом психоанализе) заменяется методами кафедры и классной комнаты, а отношения между терапевтом и пациентом напоминают отношения между учителем и учеником. Поведенческий терапевт рассматривает себя как инструмент прямого влияния, вмешательства и контроля, а также как социальный усилитель для пациента (Hollander M., 1975). В поведенческой терапии широко применяются приемы поощрения, реже — наказания и тщательно контролируются результаты терапии (Wolpe J., 1958; Eysenck H., 1959).

Существуют три основные модификации поведенческой терапии. При систематической десенсибилизации — реципрокной ингибированной терапии (Wolpe J., 1958) — заранее составляется список объектов страха, начиная с самого слабого. Пациента просят на несколько минут представить ситуацию, вызывающую вначале слабый страх, а затем инструктируют его в отношении приемов релаксации. Этот процесс повторяется до полного отсутствия беспокойства в воображаемой ситуации выраженного страха. В другом варианте релаксация предшествует предъявлению стимула страха, который, к тому же, может быть наиболее интенсивным вначале, но поскольку предъявление страха идет на фоне общего расслабления, то происходит его ослабление (десенсибилизация). У детей релаксация не всегда возможна, но сам принцип постепенного и опосредованного предъявления стимулов страха нашел широкий отклик, в том числе при лечении школьных фобий, нередко связанных со страхом отделения от матери (Duvano I., 1962; Garvey W., Hegrenes I., 1966). Описывается радикальный поведенческий прием, обозначаемый как «погружение», когда детей помещают в окружение, вызывающее беспокойство, и где они находятся достаточно продолжительное время, чтобы справиться с ним (Lamontague V., 1975).

Другая модификация поведенческой терапии ставит своей целью прямое усиление желаемого поведения посредством использования дозированных процедур поощрения, реже — наказания. Принцип подобного оперантного обусловливания предвосхищен М. Jones (1924), которая показала, что реакции страха могут быть угашены в результате предъявления объектов, вызывающих страх, одновременно с другим, приятным раздражителем, например конфетой. Методы поощрения широко используются в детской практике, в том числе в лечении элективного мутизма и в обучении матерей приемам постепенного устранения страхов у детей (Hagman R., 1932). Иной метод применяется при лечении энуреза, когда в ответ на мочеиспускание происходит замыкание электрической цепи и пробуждение от звука будильника или слабого удара тока (Eysenck H., 1959).

Следующая модификация поведенческой терапии связана с использованием моделей, особенно у детей дошкольного возраста. По этому методу лечение, например, фобий собак состоит из 8 кратковременных периодов, в которых боящиеся дети наблюдают с помощью кино, как другие дети без страха подходят к собакам и гладят их (Bandura A., 1969).

⁷ Руссо Ж. Эмиль, или О воспитании. М., 1896, с. 228.

К настоящему времени поведенческая терапия претерпела ряд изменений. В ней меньше максимализма, больше внимания уделяется межличностной диагностике, психологической тренировке уверенности в себе, а также групповым и семейным формам терапии. Многие из приемов поведенческой терапии прочно вошли в арсенал современной психотерапии, и умение врача «справляться» с фиксированными симптомами не менее важно, чем их патогенетический анализ.

Развитие социальной психологии и социальной психиатрии в 50— 60-е годы оказало влияние и на развитие семейной психотерапии, в которой эмоциональные проблемы у детей изучаются с точки зрения функционирования семьи в целом. Основы целостного подхода к семье как единице изучения и объекту лечения сформулированы N. Ackerman (1958) и I. Howells (1968), которые показали, что психиатрические проблемы семьи не являются исключительно областью психоанализа, и если даже каждому ее члену будет оказана индивидуальная помощь, то это еще не создаст психотерапию семьи. Последняя понимается как метод внедрения психотерапевта в семейную систему, с тем чтобы способствовать созреванию семейного процесса. Для успешности семейной психотерапии важен правильный выбор первичного пациента, т. е. лица, оказывающего наибольшее патогенное влияние в семье. Посредством совместных и отдельных интервью устанавливается характер семейных нарушений, что находит свое отражение в динамическом «семейном диагнозе». Точка зрения N. Ackerman и I. Howells об одновременном лечении одним врачом родителей и детей поддерживается многими современными исследователями (Bell J., 1957; Carroll E., 1960; Buckle D., Lebovici S., 1966; Graham Ph., 1976; Minuchin S., 1974).

Имеются разнообразные подходы к семейной психотерапии, в том числе психоанализ (Grotjahn M., 1960; Ville-Bourgoin E., 1962; Berge A., 1965), поведенческая терапия (Lieberman R., 1970), сочетание психоанализа и поведенческой терапии (Skynner A., 1976), групповая психотерапия различных направлений (Bell J., 1957; Skynner A., 1976), совместная психотерапия ребенка и матери (Male P. et al., 1969), психотерапия, направленная на взаимодействие «родитель—ребенок» (Bromwich R., 1976). Семейная психотерапия может осуществляться как одним, так и двумя врачами, работающими с супругами (Martin P., Bird H., 1953), и даже тремя специалистами, если один из них занимается психотерапией детей (Sandler I., 1966). Широко используются методы непрямого наблюдения за взаимодействием членов семьи, магнитофонная и телевизионная запись интервью. Применяются различные рисуночные пробы с целью психологической диагностики семейных отношений (Van Krevelen D. A., 1975). Получили распространение центры психического здоровья для оказания превентивной психологической и психиатрической помощи семьям, находящимся в кризисном периоде своего развития (Caplan G., 1964).

Для современной зарубежной психотерапии характерны взаимное проникновение и дополнение различных психотерапевтических подходов, что находит свое отражение в трудностях дифференцированной оценки их эффективности. Это дает основания такому известному психотерапевту, как J. Frank (1977), заявить, что выбор метода психотерапии должен быть подчинен личному стилю психотерапевта. Было бы идеальным, если бы последний, владея всеми методами психотерапии, мог выбирать наиболее подходящий из них для того или иного пациента. Другая особенность развития зарубежной психотерапии состоит в более широком, чем раньше, использовании методов воспитания и изменения отношений. В этой связи W. Spiel (1976) разграничивает понятия «психотерапия» и «воспитание». Если психотерапия в узком смысле слова заключается в возвращении больному «внутреннего равновесия психического аппарата», то процесс воспитания направлен на «облагораживание» и создание предпосылок для целенаправленного развития личности.

Сравнивая достижения зарубежной и отечественной психотерапии неврозов у детей, следует отметить приоритет отечественных исследований в ряде областей психотерапии, прежде всего в гипнотерапии и групповой (коллективной) психотерапии. Раньше сформулированы и принципы медико-педагогической работы с семьей. В целом в отечественных исследованиях преобладает медико-педагогический аспект, в то время как в зарубежных исследованиях большее внимание уделяется собственно психотерапевтическим методам. Многие из достигнутого в отечественной психотерапии было утеряно в середине 30-х годов, когда односторонне понимаемый физиологический подход к проблеме неврозов и их лечения задержал развитие

психологического аспекта проблемы. Положение начинает исправляться в 70-х годах. Введение номенклатурной должности детского психотерапевта и обучения по этой специальности ускорит развитие детской психотерапии и осуществление эффективных мер по психопрофилактике неврозов у детей и взрослых.

Наш опыт психотерапии формировался с начала 60-х годов. Некоторые из самостоятельно разработанных нами методик психотерапии имеют аналоги в зарубежном опыте. Это относится к семейной психотерапии, использованию игры и группы в качестве терапевтического инструмента, приемам поведенческой терапии. Сущность нашего подхода не в применении тех или иных отдельных методик, а в использовании их как единого психотерапевтического комплекса, основанного на принципах отечественной патогенетической психотерапии В. Н. Мясищева и его школы. Вместе с тем психотерапия у детей — не копия психотерапии взрослых, а самостоятельный, клинически очерченный метод лечения неврозов.

Психотерапию в качестве основного метода лечения неврозов можно определить как процесс направленного психологического (психического) воздействия врача на больного с целью восстановления нарушенных психических функций, их укрепления и развития. В этом смысле она последовательно выступает как единый процесс лечебных и педагогических мероприятий, не допускающий замены лечебного аспекта педагогическим, что чревато опасностью применения воспитательных мер там, где требуется устранение болезненных проявлений.

Психотерапия — это не только процесс воздействия врача на больного, но и процесс взаимодействия между ними, динамический, двусторонний характер которого очевиден в личностно ориентированной психотерапии. Этот процесс включает социально-психологические механизмы общения, и в первую очередь механизмы межличностного контакта.

Если объединить отмеченные стороны психотерапии, то она будет выглядеть как личностно ориентированный процесс взаимодействия врача и больного, направленный на восстановление и укрепление психического единства личности больного и достижение у него приемлемого уровня социально-психологической адаптации. Здесь важно соблюдение баланса между индивидуально-личностными и социальными требованиями, т. е. между требованиями больного и требованиями реальности. В начале психотерапии врач большей частью исходит из требований и надежд больного как человека, помогая ему найти себя, исследовать свои возможности и утвердиться в них. При продолжении психотерапии врач в большей степени ориентируется на социально значимые требования, корректируя отношения, перестраивая жизненную позицию и черты характера, воспитывая положительные, социально приемлемые личностные качества.

Психотерапия условно подразделяется на семейную, индивидуальную и групповую, что составляет единый патогенетический комплекс, последовательность в котором определяется клиническими и личностными особенностями больных. При невротических реакциях может быть вполне достаточным короткий курс лечения, состоящий из элементов суггестивной, разъясняющей и игровой психотерапии, а также некоторых рекомендаций родителям. Психотерапия больных с хроническим течением невроза и неблагоприятными личностными изменениями, как правило, требует продолжительного, многомесячного лечения и использования всего комплекса психотерапевтического воздействия, начиная с семейной психотерапии. Коррекция неблагоприятно сложившихся семейных отношений представляет необходимое условие патогенетически обоснованной психотерапии. Особое значение это имеет в дошкольном возрасте, когда семья оказывает наибольшее влияние на формирование личности детей. Осознание родителями причин болезненного состояния ребенка, улучшение их психического состояния и перестройка внутрисемейных отношений ведут к устранению наиболее частого источника психической травматизации у детей, связанной с конфликтами в семье и неправильным воспитанием.

Снятие болезненных проявлений, укрепление психики и нервной системы в целом, перестройка отношений больного к себе и другим и изменение его неблагоприятно сформировавшихся черт характера происходят в процессе индивидуальной и групповой психотерапии.

В результате перестройки отношений родителей и детей наблюдаются нормализация их межличностных отношений и прекращение конфликта.

Оздоровление семейной среды создает предпосылки для восстановления нарушенных отношений больного в социально-психологических сферах общения.

В целом эффект психотерапии, в том числе ее отдельных методик, является производным как от личности психотерапевта, его человеческих качеств, жизненного и профессионального опыта, так и от личности больного, прежде всего его желания излечения, веры во врача и метод лечения, клинической тяжести состояния, характерологических изменений и личностных возможностей.

Личностно ориентированный психотерапевтический подход можно представить как взаимодействие на уровне «личность (врача)—личность (больного)», а не «врач—больной» или личность (врача)—больной». Наиболее существенным фактором в такой системе будет установка врача на личность больного, обратившегося за помощью, и выделение прежде всего его человеческих качеств, а затем уже тех сторон личности, которые поряжены болезненным процессом. От того, какова эта личность в своей нравственно-этической основе, насколько она изменена или аномальна с общепринятой, человеческой точкой зрения, во многом зависят эффективность психотерапии и ее прогноз.

Личностно ориентированный психотерапевтический подход — это также ситуативно-динамический подход, варьирующийся в зависимости от конкретной психотерапевтической ситуации. Чувствовать эту ситуацию и руководить ею в интересах выздоровления больного — неотъемлемая принадлежность профессионального психотерапевтического опыта.

Личность психотерапевта, его знания и опыт — один из самых существенных факторов успешности психотерапии. Каждый психотерапевт имеет свой диапазон лечебных возможностей, в немалой степени зависящий от его личностно-типологических особенностей. Психотерапевты с интровертированной структурой личности нередко предпочитают аналитические, разъясняющие методы психотерапии и с предубеждением могут относиться к ее игровым, групповым и поведенческим модификациям, в то время как другие психотерапевты уделяют им большее внимание.

Существенным параметром является и возраст психотерапевта. Начинающие врачи стремятся овладеть прежде всего гипносуггестией, скорее утверждающей их в профессиональном умении лечить. С возрастом многие творчески настроенные психотерапевты расширяют свой лечебный диапазон, используя разнообразные методики психотерапии, отражающие их возросший жизненный и профессиональный опыт. У каждого ищущего психотерапевта есть свой критический этап профессионального развития, когда он задумывается над своим терапевтическим потенциалом и находит новые подходы в психотерапевтической коммуникации с больным. При этом в лучшей ситуации оказывается тот психотерапевт, возраст которого равен возрасту родителей ребенка или превышает его. В заметной мере это проявилось в нашей практике семейной психотерапии, когда не только возросший опыт, но и суггестивный эффект возраста позволил нам достичь более высоких результатов в коррекции семейных отношений.

Исключительное значение в психотерапии имеют искусство убеждать, говорить ясным и понятным больному языком, уверенность в своих силах при критическом осмысливании опыта, как и гибкая тактика психотерапевтического взаимодействия, сочетающаяся со способностью психотерапевта разряжать и стабилизировать эмоциональные реакции пациента. Тонус врача, его жизнерадостный, оптимистический настрой, противостоящий пессимизму и скептицизму больного, искренность и непосредственность в обращении, поощрение активности пациента в лечении также существенны в психотерапии.

В известных пределах врач не препятствует выражению агрессивных фантазий и мыслей пациента, он принимает его таким, какой он есть, предоставляя возможность для эмоционального отреагирования внутренних напряжений, с тем чтобы направить их в более приемлемое русло и развить способности самоконтроля.

В большинстве случаев врач выступает для больного как объект подражания и авторитета. Нужно умело пользоваться этим, не создавая у пациента зависимости от себя и не подрывая авторитета родителей. Психотерапевт должен быть душевно теплым, добрым и отзывчивым, чтобы понимать слабость больного, но достаточно сильным, чтобы быть способным переносить и устранять их.

Находясь с больным в ситуации межличностного контакта, полностью доверяя ему и веря в его человеческие качества, врач способствует укреплению у больного доверия к себе, к своим возможностям и способностям. Тем самым врач повышает у него чувство личностной ценности, соразмеряя его с требованиями окружающей действительности.

Психотерапевт исходит из концепции принципиальной обратимости невротических расстройств и стремится при прочих равных условиях применить те методики психотерапии, которые в большей степени находят отклик у пациента. Оптимальным вариантом является достижение психотерапевтического резонанса, когда используемые методики соответствуют предварительным ожиданиям больного в отношении способа его лечения. Тогда психотерапевтическое воздействие находит у него наиболее активный положительный эмоциональный отклик. В свою очередь, своевременный и даже в чем-то опережающий эмоциональный отклик врача на нужды и запросы пациента, на его способ реагирования в процессе психотерапии является моделью человеческой отзывчивости и способствует формированию у больных подобных ответных эмоциональных реакций. Проникаясь чувствами и мыслями больного, врач-психотерапевт нередко переживает ситуацию лечения в большей степени, чем сам больной, одновременно управляя процессом лечения и отношениями в нем.

Необходимость помнить об индивидуальном своеобразии каждого больного, его динамике в процессе психотерапии создает у врача психическое напряжение, не говоря уже о значительной трате его нервной энергии. Поэтому он может удерживать в профессиональной памяти опыт работы только с ограниченным контингентом больных. Здесь трудно назвать конкретные цифры ввиду их вариативности в зависимости от индивидуальных особенностей психотерапевтов. На наш взгляд, можно эффективно вести одновременно не больше 10—12 больных в процессе индивидуальной психотерапии, столько же при групповой и гипноуггестивной психотерапии, т. е. в итоге не больше 30—40 больных. Значительно большее число их может быть при катанестическом наблюдении и поддерживающем лечении.

Осложняют психотерапию такие проявления личности врача, как неискренность, игра, апломб, недоверчивость, предвзятость, тревожность и конфликтность, которые могут серьезно подорвать психотерапевтическую коммуникацию с больным. Неискренность воспринимается больным как «маска», напоминает о психотравмирующем опыте отношений и вызывает недоверие к словам и действиям врача. У дошкольников к этому присоединяется беспокойство, если врач нарочито подчеркнуто обращается с ними, как с детьми. Подобное отношение произвольно ассоциируется с хитрыми и коварными образами сказок и увеличивает, а не уменьшает тревожность в кабинете врача. У подростков осложняют психотерапевтический контакт излишняя фамильярность врача, навязывание мнения и отсутствие обсуждений волнующих вопросов. Хорошо поставленный голос врача без нарочитого усиления или приглушенности и тем более без оттенков раздражения и угрозы, в меру выразительная мимика, пластика движений и вся манера поведения оказывают воздействие на больного через индукционный механизм подражания, оживляя его мимику, повышая тонус и развивая способности самовыражения.

В итоге ряд принципов психотерапии можно сформулировать следующим образом:

- 1) вести прием без медицинского халата и быть для ребенка просто человеком;
- 2) выходить из-за стола, подходить к ребенку и непосредственно контактировать с ним;
- 3) играть вместе и быть для него партнером;
- 4) исходить из чувств и желаний ребенка в большей степени, чем из своих отягощенных врачебным опытом представлений и профессионального апломба, возведенного в степень авторитарного утверждения власти над больным;
- 5) не торопиться с перевоспитанием ребенка, не зная, что он из себя представляет и на что способен;
- 6) не забывать, что, кроме врача, есть и родители, готовые как отдать ребенка полностью на попечение врача, так и ревниво воспринимать его успехи в контакте и развитии ребенка;
- 7) верить в себя и в свою способность лечить, прежде чем убеждать ребенка поверить в себя и в возможность излечения.

Глава 4. Семейная психотерапия.

Семейная психотерапия рассматривается как метод восстановления функционального единства семьи посредством нормализации отношений и психического здоровья ее членов. Она состоит из следующих этапов: 1) обследования семьи; 2) семейных обсуждений; 3) совместной психотерапии больного и родителей.

Первый этап семейной психотерапии был рассмотрен ранее. Он завершается постановкой так называемого семейного диагноза, в котором, с позиций системного анализа, обобщаются психопатологические, личностные и социально-психологические особенности исследуемой семьи. Особое внимание обращается на недостаточное функционирование семьи как системы взаимосвязанных ролей, низкую продуктивность совместной деятельности, наличие большого количества неразрешенных проблем и явных или скрытых конфликтов.

При обследовании врач, больной и родители составляют малую группу, отношения в которой существенно влияют на процесс последующей психотерапии. В первую очередь это относится к установкам ее участников на врачебную помощь. Так, большинство родителей, находясь в конфликте с детьми, ожидают, что врач заставит детей беспрекословно выполнять их требования и устранил у них «дух своеволия». В связи с этим родители могут прямо или косвенно предписывать врачу определенный план действий с целью усиления своей позиции в семье. Таким образом, врач может быть вовлечен в неразрешенный семейный конфликт, поэтому он должен соблюдать известный нейтралитет в семейном конфликте, основанном не на эмоционально холодном или чрезмерно сдержанном отношении, а на эмоционально теплом эмпатическом проникновении в проблемы семьи, исключающем безоговорочную поддержку какого-либо члена семьи в ущерб другим и попытку все сразу «поставить на свое место». Функция врача заключается в содействии прогрессивному развитию семейных отношений и понимании точек зрения всех участников конфликта. Он выступает не как судья, а как посредник в проблемах семьи, исходя прежде всего из задач лечения ребенка, болезнь которого в немалой степени обусловлена неблагоприятно сложившимися семейными отношениями. В этом значении врач поддерживает желание родителей нормализовать обстановку в семье и вылечить ребенка, что уже само по себе выполняет интегрирующую роль в восстановлении нарушенных семейных отношений. Особого внимания заслуживает позиция родителя, который не посещает врача и отрицательно относится к лечению ребенка. При доминировании в семье он может свести на нет психотерапевтическое воздействие врача. Нередко против обращения за помощью выступают отцы, расценивая это как вмешательство, подрывающее их мужской авторитет. Своевременное обсуждение с обоими родителями необходимости лечения ребенка предупреждает подобное отрицательное отношение.

По отношению к лечению всех родителей можно разделить на две группы. Одни придают серьезное значение нервно-психическому здоровью своих детей и обеспокоены их состоянием.

В такой роли часто выступает мать, сама страдающая неврозом и испытывающая чувство вины за возникновение болезни у ребенка. Другие приводят детей на прием только по настоянию специалистов, не осознавая своей ответственности. Эти родители формально относятся к рекомендациям врача. В этих случаях от него требуется немало такта и умения, чтобы заинтересовать родителей в оказании всесторонней помощи ребенку, чему способствует обоснованный врачебный прогноз о его дальнейшем неблагоприятном личностном развитии. Успешность подобной коррекции отношения родителей в значительной мере зависит от их культурного и нравственно-этического уровня.

Осложняют семейную психотерапию паранойяльный настрой у родителей, авторитарные, истерические и эгоцентрически-защитные черты их личности, неспособность к эмоциональному сопереживанию, скупость, «товарный фетишизм», негибкость мышления, нетерпеливость и неустойчивость характера.

Родители с паранойяльным настроением с недоверием относятся к психотерапевтическому, в своей основе психологическому методу лечения, настороженно воспринимают действия врача и не допускают его к обсуждению проблем семьи и отношений с ребенком. Это становится понятным, если учесть, что и

дома родители с паранойяльным настроем находят во всем недостатки у ребенка, нетерпимы к ним, не доверяют его опыту, возможностям и потребностям, бескомпромиссны и чрезмерно настойчивы в осуществлении своих требований. Нередко этот настрой выражается тревожно-мнительным недоверием к возможности оказания эффективной помощи ребенку, который представляется неизлечимо больным, а постепенное улучшение его состояния в процессе психотерапии оценивается как временное, ненадежное и не заслуживающее внимания. Подобное отношение родителей к возможностям психотерапии является наиболее существенным препятствием для ее проведения.

Авторитарные родители склонны сами предопределять тактику психотерапии. Как и родители с паранойяльным настроем, они излишне требовательны к врачу, нередко переходят от одного врача к другому в поисках «чудодейственного» доктора, но сами не способны изменить отношения и уклоняются от критического рассмотрения своих проблем. То же относится к родителям с истерическими чертами личности, которые к тому же нередко требуют к себе большего внимания, чем к ребенку, и рассчитывают на исключительно эффективные, с их точки зрения, гипносуггестивные методы психотерапии.

Эгоцентрически-защитные установки в отношении психотерапии заключаются в опасениях и страхе утратить влияние на ребенка в процессе уменьшения его невротической тревожно-мнительной зависимости от родителей, когда у них отпадает потребность в избыточном беспокойстве и гиперопеке и они остаются «один на один» со своими собственными неразрешенными личностными проблемами, маскирующимися в настоящем невротическом состоянии ребенка. Это те случаи, когда родители прекращают лечение не в силах «расстаться» с представляющими часть их «я» и проецируемыми на ребенка страхами и тревогами, когда они панически боятся приходить к врачу, опасаясь уменьшения гиперопеки, когда они не хотят лишиться своих родительских амбиций, способствующих нервно-психической перегрузке ребенка. Кроме этого, беспокойство по его поводу нередко выступает как единственно приемлемая форма согласия между родителями, своеобразный вид эмоциональной коммуникации в семье.

Эмоциональная неотзывчивость родителей, как и их скупость, эгоцентризм, индивидуалистическая направленность, проявляется в отношении к просьбам врача принести предметы рисования и игры для использования в занятиях с их ребенком. Как правило, они «забывают» эту просьбу, в чем проявляются эмоциональная «глухость» к запросам ребенка и нежелание, чтобы игрушками пользовались другие дети. Эти же родители обычно не приглашают в гости к своему ребенку сверстников, опасаясь заражения инфекционными заболеваниями, шалостей, шума, повреждения вещей и игрушек.

Последняя группа «ненадежных» в плане семейной психотерапии родителей — это неустойчивые и нетерпеливые в эмоциональном и характерологическом отношении лица, неспособные как осознать и оценить по достоинству задачи планомерного лечения ребенка, так и выдержать сам процесс психотерапии. Другая крайность представлена слепым согласием с советами психотерапевта, которые родители не в состоянии осуществить на практике. Это может оказаться ловушкой для врача, привыкшего к директивной манере обращения с больными.

Во всех случаях отношение родителей к задачам семейной психотерапии является индикатором их отношений к ребенку и не только имеет диагностическое значение, но и показывает всю сложность осуществления на практике психотерапевтической работы с семьей.

Как правило, родители не понимают истинных причин заболевания ребенка, и необходимо в тактичной форме сделать так, чтобы они приняли концепцию врача и испытывали желание перестроить некоторые из своих отношений. Однако это еще должно найти свое практическое выражение, для чего требуются достаточно продолжительное время и определенное обучение родителей. В некоторых случаях тревожные и пессимистически настроенные родители, разочаровавшиеся в медицине и не верящие в то, что когда-нибудь их ребенок будет здоров, сами нуждаются в соответствующем внушении.

Каким бы ни было установочное отношение родителей, врач подчеркивает при первой совместной беседе необходимость тесного сотрудничества с ними, что во многом является залогом успешности лечения их ребенка. К положительному

настрою и успокоению родителей приводят вдумчивое и целенаправленное участие психотерапевта в проблемах семьи и предоставление условий для индивидуального изложения ими своих затруднений, что облегчает процесс психотерапии. Это существенно, если учесть, что родители обращаются за помощью, когда не могут справиться с проблемами воспитания и отношения в семье носят конфликтный характер. Однако, надеясь на врачебную помощь, они иногда рассчитывают на психотерапевта, как на «тягловую силу», с помощью которой можно вывести их астенизированного ребенка на прямую дорогу родительских амбиций. Мы неоднократно убеждались в таких случаях в кратковременности лечебного эффекта, когда после проведения гипнотерапии и общеукрепляющего лечения у детей через некоторое время появлялись те же симптомы, что и раньше, и все повторялось снова, как в известной сказке. Поэтому мы во все большей степени стали связывать эффективность психотерапии с предварительным согласием родителей в отношении снятия перегрузок у ребенка. Этика врача не позволяет прекратить лечение при невыполнении родителями его рекомендаций, но при этом заранее указывается на ожидаемый недостаточный эффект психотерапии, обусловленный не квалификацией врача, а наличием постоянной психотравмирующей и истощающей нервной силы ребенка ситуации. В таком случае проводится симптоматическое лечение, исключаются гипнотерапия и групповая психотерапия, приносящие лишь временное улучшение. Иногда родители несогласны с мнением врача и не приходят на следующий прием. Как правило, у них выражены изменения личности, и психотерапия здесь была бы малоэффективной. Некоторые родители требуют незамедлительного исцеления ребенка, сами же остаются пассивными и обвиняют врача в недостаточной эффективности лечения. Небесполезно тогда убедить их в том, что невозможно заменить ослабленный организм ребенка, и речь может идти только о постепенном его укреплении при соответствующем настрое в семье. Лучшим средством коррекции ригидных установок родителей будет достижение улучшения в состоянии ребенка, когда у них возрастают заинтересованность в его лечении и восприимчивость к советам врача. Если же их отношение не меняется и они продолжают эксплуатировать ребенка в угоду своим завышенным притязаниям, то психотерапевтический прогноз становится особо неблагоприятным.

Во всех случаях ввиду усложнения требований к социально-психологической адаптации детей все более актуальным является участие врачей-специалистов и психологов в осуществлении широкой программы психопрофилактической и психогигиенической работы с семьями, не справляющимися с проблемами воспитания. В этом значении психотерапия представляет собой одну из эффективных моделей развития творческих ресурсов и возможностей личности и своевременной коррекции кризисных ситуаций в ее формировании. Психотерапевт учит родителей более внимательно относиться к духовным запросам детей, замечать и развивать положительные ростки созидательной активности, более адекватно соразмерять требования с психофизиологическими возможностями организма детей и активно формировать общественную направленность их личности.

Семейные обсуждения результатов обследования обычно предшествуют психотерапии детей. При далеко зашедшем конфликте родителей, их «эмоциональном разводе» она несколько опережает обсуждения, так как улучшение в состоянии детей положительно влияет на характер семейных отношений, иногда приостанавливая дальнейшее развитие семейного конфликта. Требуют психотерапевтической помощи в первую очередь не те родители, которые открыто конфликтуют между собой, а те, которые под маской «дружных» отношений скрывают неприязненные чувства друг к другу, вымещая их на ребенке.

При конфликте по поводу воспитания более целесообразно его обсуждение с обоими родителями, которые легче в таком случае приходят к общему согласию с врачом. При изолированном конфликте в области супружеских отношений обсуждения проводятся раздельно, в то время когда родители поочередно приходят с ребенком на психотерапевтический прием и когда его эффективность прямо связывается с эмоциональным микроклиматом в семье. Обычно раздельное обсуждение начинается с доминирующего в семье родителя. При большей привязанности к нему ребенка разрешение проблем семьи оказывается более успешным. В большинстве случаев этим лицом является мать, но если дети, особенно девочки, привязаны к отцу, то больший эффект будет от их совместного посещения

врача, в то время как мать параллельно получает лечение и подключается к психотерапии ребенка по мере улучшения ее состояния.

Семейные обсуждения результатов обследования начинаются с изложения родителями своей точки зрения на причины возникновения нервного состояния у ребенка. Нередко отмечая отдельные недостатки в воспитании, особенно эмоциональную неустойчивость и непоследовательность, они не понимают истинных причин невротического состояния детей, но, тем не менее, переживают создавшееся положение и испытывают чувство вины. Этого нельзя сказать об авторитарных родителях, считающих упрямство и «своеволие» детей единственным источником конфликтных отношений с ними.

Выслушав родителей, врач излагает свое мнение о причинах возникновения невроза у ребенка. Подчеркиваются факт заболевания не только ребенка, но и взрослых членов семьи и серьезность создавшегося положения. Показывается конкретная связь невротических нарушений с психотравмирующей ситуацией в семье и характерологическими особенностями родителей. Отмечается, что их повышенные и противоречивые требования не соответствуют реальным возможностям и потребностям детей, а невозможность реализации является главным источником конфликта между родителями и детьми. Обсуждается тенденция некоторых родителей компенсировать на детях взаимно обусловленные чувства внутренней неудовлетворенности и напряжения. При беседе не используются оценочные суждения типа порицания и обвинения в адрес матери и отца, проводится поиск положительных моментов в семейных отношениях как педагогической перспективы в психотерапии. Последующая активность родителей свидетельствует об актуальности затронутых проблем. Постепенно в беседе возникает диалог, переходящий в дискуссию, целью которой являются поиск и согласование общей точки зрения на воспитание, вначале по второстепенным, а затем и по главным вопросам. Этому помогает определенная техника дискуссии, которая проводится на паритетных началах в спокойной и непринужденной обстановке. Подчеркиваются роль обоих родителей в психотерапии, необходимость тесного сотрудничества с врачом. Рекомендуются воздерживаться от дальнейших обострений семейных отношений, какими бы ни были их причины.

В дискуссии врач придерживается активной позиции, но не применяет директив и предписаний. Она направляется так, чтобы характер обсуждаемых проблем, положительные примеры из клинической практики подсказывали родителям пути их решения. Обсуждение ряда проблем только намечается, но не завершается, что вызывает неизбежные вопросы со стороны родителей, усиливает их заинтересованность в совместном поиске решения кризисной ситуации.

Оптимальная стратегия психотерапевта заключается в том, что он разделяет тревоги семьи, ненавязчиво участвует в ее опыте и постепенно улучшает структуру семейных отношений не замещением семейных ролей, а интегративным влиянием своей врачебной функции. В итоге дискуссии достигается общая точка зрения на причины невротического заболевания ребенка и на способы его лечения. При этом главным является изменение отношения к ребенку как к неспособному внести позитивный вклад в разрешение семейных проблем. Нередко подобное отношение родителей говорит о их нежелании или неспособности наладить эмоциональный контакт с ребенком. Следует не только реабилитировать его в глазах родителей, но и адаптировать их к нему в результате изменения отношений и улучшения нервно-психического состояния самих родителей.

Перестройке семейных отношений способствует сообщение конкретных данных обследования, в том числе полученных с помощью тестов и гомеостата. Для ригидных родителей это нередко более убедительно, чем анализ их личностных отношений по данным клинического интервью и наблюдения. Полезно обобщение и данных обследования других семей. Согласно опроснику PARI, матери при неврозах у детей в отличие от матерей в контрольной группе не склонны побуждать детей к осознанию возникающих проблем взаимоотношений и высказыванию своего мнения, они меньше общаются с ребенком на равных, плохо развивают его активность и не устанавливают с ним товарищеские отношения. Вместо этого матери пытаются управлять ребенком на расстоянии, нетерпеливо требуя от него то, что можно было осуществить наглядным, непосредственным опытом взаимодействия.

В этически доступной форме анализируются и особенности выделения родителями черт характера детей из составленного нами списка в 360 черт. Родители детей с неврозами (127 человек) в отличие от родителей контрольной группы (262) значительно чаще ($t=9,63$, $p<0,001$) обнаруживают в восприятии характера своих детей отрицательные оценки, что говорит о наличии межличностного конфликта в отношениях с ними. По сравнению с девочками более неблагоприятно оцениваются, особенно матерями, черты темперамента и характера мальчиков, подчеркивая тем самым большую патогенность семейных аспектов их существования в изучаемых нами семьях. В контрольной группе подобные отличия отсутствуют. Если родители контрольной группы по мере увеличения возраста детей улучшают их характерологическую оценку, то при неврозах у детей родители не меняют своих отрицательных оценок, что указывает на затяжной и неразрешимый конфликт в отношениях с детьми. Это также свидетельствует о негибкости родителей, их неспособности перестроить свои отношения, в частности с подростками, и об определенной фатальности во взгляде на детей как на неспособных оправдать их требования и надежды. В то же время сами родители неосознанно создают ряд проблем во взаимоотношениях с детьми, проецируя на них свои внутренние напряжения и конфликты. Подтверждением этому служит наличие прямой зависимости между уровнем нейротизма родителей и отрицательным характером восприятия их детей. Так, родители со средним и выраженным уровнем нейротизма чаще определяют своих детей как эмоционально подавленных, возбудимых и конфликтных, чем родители с низким уровнем нейротизма (различия статистически достоверны). В свою очередь, чаще считают детей тревожными интровертированные, а не экстравертированные матери, отцы — наоборот (различия в обоих случаях достоверны). Анализ связи оценок по шкалам опросника с типами темперамента родителей показал, что наиболее благоприятно складываются отношения между родителями и детьми при сангвинических чертах темперамента. У родителей с холерическими и флегматическими (меланхолическими) чертами темперамента больше отрицательных оценок в восприятии детей.

Как видно из приведенных выше данных, родители в изучаемых нами семьях имеют обыкновение приписывать детям свои личностные проблемы, незримо обвиняя их в сложившейся конфликтной ситуации в семье. В отличие от родителей врач при обсуждении результатов обследования не возлагает ответственность за создавшееся положение на одного из членов семьи, раскрывая взаимосвязанный характер ее проблем. Безотносительно к тому или иному родителю показывается происхождение затруднений в отношениях с ребенком и намечаются пути их устранения. Подчеркивается необходимость согласованного участия обоих родителей в вопросах воспитания, уменьшения излишней строгости и принципиальности, предоставления детям большей самостоятельности и возможности для эмоциональной разрядки, игр, движений. Рекомендуются непродолжительные прогулки ребенка с одним из родителей перед сном, что способствует их сближению. Обращается внимание на необходимость последовательности в родительских решениях и устранения препятствий для эмоционального контакта детей с кем-либо из членов семьи. Отмечается нежелательность резкого ограничения психомоторной активности детей и изоляции от общения со сверстниками. Разъясняется психотерапевтическое понимание лечебно-охранительного режима, отражающего определенную активность ребенка вместе с соответствующими его возможностям требованиям родителей. Некоторым из них трудно сразу перестроить свое отношение к детям, и большое количество советов может дезориентировать их. Поэтому мы не стремимся сразу и исчерпывающим образом ответить на все вопросы, так как есть риск обесценить позитивный опыт родителей и узурпировать их семейную роль. То же относится к конфликтам в сфере супружеских отношений, когда обе стороны хорошо изучили свои сильные и слабые стороны и умело пользуются ими. В данной ситуации мы ограничиваемся замечаниями об отрицательном влиянии супружеского конфликта на успешность лечения. Тем самым на подобное отношение родителей накладывается незримый запрет, оказывающий положительное влияние на последующую динамику супружеских отношений, так как родители уже не так аффективно-заостренно реагируют друг на друга и чаще, чем раньше, находят взаимоприемлемые решения. Кроме того, врач как посредник в конфликте произвольно принимает на себя часть эмоционального напряжения супругов в процессе индивидуальных бесед с ними и оказания им в дальнейшем параллельной с детьми психотерапевтической помощи.

Существенным является и выполнение обоими родителями рекомендаций врача, что служит способом интеграции отношений между ними. Положительным фактом будет также выравнивание статусных различий в семье вследствие равного внимания врача к мнению обоих родителей, что нередко повышает участие отца в решении семейных проблем и его чувство родительской компетентности.

Прекращение хронического конфликта родителей с детьми и перестройка их отношений не всегда возможны при однократном собеседовании. Поэтому параллельно с психотерапией детей проводятся дополнительные беседы с приходящими поочередно на прием матерью или отцом и в некоторых случаях с бабушками и дедушками. Беседы проводятся в то время, когда дети выполняют задания врача. Возрастающая активность родителей, откровенность и заинтересованность в результатах лечения ребенка делают эти беседы необходимым условием его успешности.

В результате семейных обсуждений происходит выравнивание отношений между родителями и изменение их взглядов на воспитание. В то же время у детей после нескольких сеансов направленной индивидуальной психотерапии наблюдается уменьшение остроты невротического состояния и идиосинкразических реакций в восприятии родителей. Таким образом, обе стороны подготовлены для проведения совместной психотерапии, цель которой заключается в повышении действенности перестройки семейных отношений в условиях, приближенных к реальным.

Совместная психотерапия больного и родителей осуществляется на последующих приемах, когда обсуждается динамика лечебных изменений и отношений между ними. Главное здесь — открытое рассмотрение явных и назревающих конфликтных ситуаций в семье. Каждый из участников беседы может выразить свою точку зрения, в то время как врач поддерживает это стремление и способствует рациональному разрешению семейных конфликтов. Часто родители предпочитают говорить о проблемах отношений с ребенком в его отсутствие. Если это допустимо при первых встречах, где ребенок также раскрывает перед врачом свои интимные переживания, то в дальнейшем необходимо совместное рассмотрение динамики лечения и конфликтных ситуаций. Бесконфликтная манера поведения врача, отсутствие предвзятости и сбалансированный характер оценок, вера в возможность налаживания позитивных отношений передаются участникам беседы и способствуют их эмоциональному сближению. Родители, взаимодействуя с врачом, во многом перенимают его стиль отношений с ребенком, внимательный, вдумчивый, откровенный и доброжелательный подход к решению семейных проблем. Врач в отличие от родителей не торопит и не осуждает ребенка, не стремится наклеить на него ярлык «плохого» или «безнадежного», а находит у него положительные, иной раз незаметные внешне изменения, одобрительно относится к детской непосредственности и активности, желанию наладить отношения с родителями.

При первых совместных встречах больше говорит родитель, излагая свои жалобы и проблемы во взаимоотношениях с ребенком. Врач не обеспечивает его безоговорочной поддержки, а пытается привлечь детей к доступному для них обсуждению затрагиваемых вопросов. При последующих визитах родитель все более ориентируется на тактику врача и предоставляет большую активность ребенку. Привлечение внимания матери и отца к позитивному процессу улучшения в состоянии больного способствует изменению их отношения к ребенку как неспособному к каким-либо переменам. Подчеркивается паритетная с врачом роль родителя в процессе психотерапии. Тем самым ему выдается психотерапевтический «аванс», который он стремится оправдать в совместном с врачом поиске путей разрешения проблем семьи.

После беседы ребенку предоставляется возможность самостоятельной игры. Затем игра проводится вместе с родителем и врачом. Темы для совместной игры могут быть самыми разнообразными, но инициатива в их выборе вначале принадлежит больному, тогда как родитель и врач создают эмоциональный фон для игры и участвуют в ней «на равных» с ребенком, т. е. являются его партнерами. Как правило, ролевые игры проводятся в виде импровизации на ту или иную тему, предложенную поочередно больным, родителем и врачом. У детей младшего возраста применяются управляемые куклы, изображающие детей, взрослых, сказочных персонажей. Игра может происходить за небольшой ширмой, по обе стороны которой располагаются участники. Облегчение процесса принятия ролей и достижение сыгранности в игровой триаде позволяют по общему согласию воспроизводить некоторые проблемы

семейных взаимоотношений. После обсуждения той или иной конкретной семейной ситуации совместно распределяются роли, и игра отражает ее с известной долей условности и в более гибкой манере взаимодействия, чем в повседневной жизни. В серии игр родители и дети меняются ролями, что способствует развитию у всех членов семьи навыка не только руководства, но и подчинения, помогает лучше осознать отрицательные стороны существующих взаимоотношений. Эту же цель преследует создание врачом оптимальной модели семейных отношений в виде показа в игре возможных путей решения конфликтных ситуаций. Таким образом, врач не говорит родителям, как поступить и что делать для выхода из критических ситуаций, а предлагает наглядные модели их решения. После неоднократного совместного проигрывания отношение родителей приближается к отношению психотерапевта. В этом случае совместную игровую деятельность можно рассматривать как обучающий эксперимент. Ценным является проведение аналогичных игровых сеансов в домашней обстановке, без врача, когда они уменьшают вероятность появления межличностной напряженности и позволяют родителям и детям общаться «лицом к лицу». В дальнейшем, при необходимости, родители получают курс гипнотерапии параллельно с детьми. Широко практикуются групповая система аутотренинга для родителей и медикаментозное лечение.

Следует остановиться также и на конфликте из-за приготовления уроков. Родители заставляют детей неоднократно переписывать домашние задания, поскольку им кажется, что у детей не тот почерк, что они не то и не так запомнили, вообще не выучили уроки и не смогут быть примером для других. До прихода родителей дети не могут сосредоточиться на задании, так как привыкли все делать под давлением, одновременно испытывая страх не успеть или не выполнить урока так, как нужно. Положение усугубляется распространением страха в отношении некоторых учителей. В этой связи следует упомянуть о мальчике 10 лет, которого отец наказывал за малейшую оплошность, особенно за недостаточную скорость решения задач. Страх перед отцом перешел на идентифицируемого с ним учителя математики, чем объяснялись неуверенность, скованность и страх при ответах, болезненная реакция на замечания к незавершенным контрольным работам. Страх перед учителем был снят после беседы с отцом, перестройки его отношения и совместных проигрываний проблемной школьной ситуации, когда сын исполнял роль учителя, отец — сына (ученика), врач — остальные роли. Последующее самостоятельное приготовление школьных заданий в поликлинике при поддержке врача окончательно устранило страх перед отцом и учителем. У мальчика улучшилось общее состояние, прекратились головные боли, кошмарные сновидения, значительно возросла успеваемость.

При далеко зашедшем конфликте родителей с детьми, упрямстве и негативизме с обеих сторон рекомендуется предоставление детям при «поручительстве» врача полной самостоятельности не только в приготовлении уроков, но и в повседневной жизни. Тогда и родители, и дети убеждаются в крайностях своих предшествующих отношений. Подобным экспериментом нельзя злоупотреблять, но он может быть полезен в качестве дополнительного способа перестройки отношений в семье.

После совместной психотерапии родители более спокойно, внимательно, адекватно и последовательно относятся к детям. Как родители, так и дети могут лучше представить себя на месте друг друга, понять и изменить в нужную сторону свои отношения, что позволяет успешнее провести дальнейшую индивидуальную психотерапию больного.

Таким образом, в процессе семейной психотерапии последовательно решаются проблемы семьи посредством коррекции отношений между родителями, взаимоотношений детей и родителей и оказания им всесторонней психотерапевтической помощи. Объединяющим семью фактором является совместная деятельность всех ее членов, направленная на лечение ребенка. Успешность лечения связывается с наличием ряда предварительных условий, которые в качестве явных и незримых предписаний оказывают положительное воздействие на динамику супружеских и родительских отношений. Уменьшение или прекращение конфликта между родителями происходит в результате: 1) осознания ими психогенных источников заболевания ребенка и взаимообусловленного характера семейных проблем; 2) паритетного участия в лечении ребенка; 3) выполнения одних и тех же рекомендаций врача; 4) обязывания соблюдать «бесконфликтный мораторий» как

необходимое условие успешного лечения ребенка; 5) переключения внимания на проблемы взаимоотношений с ребенком и произвольное использование врача для отреагирования ранее имевших место конфликтных напряжений; 6) оказания им индивидуальной психотерапевтической помощи; 7) подкрепления позитивных сдвигов в их отношениях улучшением в состоянии ребенка.

В итоге основные положения семейной психотерапии выглядят следующим образом: 1) психотерапевтическое содействие всем членам семьи в разрешении их проблем в процессе сотрудничества с врачом; 2) осознание родителями причин невротического заболевания ребенка и формирование у них соответствующего психотерапевтического настроя; 3) интегрирующая позиция врача в семейном конфликте; 4) совместные обсуждения с родителями задач психотерапии; 5) очередность их последующих посещений врача; 6) параллельная психотерапевтическая работа с детьми и родителями; 7) перестройка их отношений при совместной психотерапии и практическое обучение адекватным формам межличностных отношений.

Глава 5. Индивидуальная психотерапия.

Основные методики индивидуальной психотерапии представлены в виде разъясняющей, рисуночной, игровой и гипносуггестивной психотерапии.

Схематично можно наметить следующую последовательность задач, решаемых в процессе психотерапии:

- 1) контакт с больным, его успокоение, создание доверия к врачу и методу лечения;
- 2) уменьшение остроты личностной реакции на невротическое заболевание;
- 3) эмоциональное отреагирование и снятие реакций страха;
- 4) разрешение невротического конфликта;
- 5) укрепление психофизиологических возможностей;
- 6) устранение патологических стереотипов реагирования, в том числе защитного типа поведения, принятие себя и других через сбалансированную и более зрелую систему оценок и суждений;
- 7) обучение навыкам адаптивного взаимодействия.

Практически невозможно вернуть больного на предшествующий заболеванию уровень реагирования, так как даже в период болезни продолжается развитие психических функций. Устраняя искажения на пути формирования личности, психотерапевт не возвращает ребенка на прежний этап развития, а актуализирует возможности его ближайшего личностного развития. Адаптация ребенка к оптимальному образу «я» происходит успешнее при практическом обучении новым взаимоотношениям и при суггестивном подкреплении улучшения одобрением, похвалой, наградой.

Психотерапевтический процесс происходит в период времени, когда у больного и его родителей проявляются наибольшая заинтересованность и активность в лечении. Необходимо в полной мере использовать этот период для проведения основных психотерапевтических мероприятий. Предварительно можно только наметить продолжительность лечения, так как неизвестны возможности больного и его способности к переменам.

В острой стадии невроза показаны методики, позволяющие прежде всего отреагировать психическое напряжение. С этой целью применяются рисунки, спонтанная и определенным образом направленная игра, устраняются перегрузки, даются психогигиенические рекомендации. После уменьшения актуальной невротической симптоматики показаны разъясняющие, корректирующие и стимулирующе-тренировочные методики психотерапии. В их клинически обусловленном сочетании заключается дифференцированность психотерапевтического воздействия. Использование методик психотерапии вместе с лекарственной терапией позволяет говорить о комплексном характере лечения. Своевременное назначение общеукрепляющих и дегидратационных средств уменьшает проявления церебральной астении, улучшает концентрацию внимания и создает лучшие предпосылки для психотерапии. В отношении транквилизаторов и

антидепрессантов вопрос обстоит сложнее. Часто они создают видимость улучшения, искусственно заглушая или стимулируя активность больного. Лекарства не влияют на психогенную сущность невротического заболевания, не устраняют психологическую мотивацию внутреннего конфликта и, кроме того, могут осложнять проведение суггестивной, игровой и разъясняющей психотерапии. Транквилизаторы используются при наличии органически обусловленной расторможенности и гиперактивности. В этом случае лучше действует меллерил (сонапакс). В остальных случаях, особенно при наличии невропатии, целесообразно назначение настоев трав. Особенности медикаментозного лечения являются его длительность (1,5 мес.), постепенное увеличение и уменьшение терапевтической дозы и суггестивное подкрепление приема лекарств. Физиотерапевтические методы, включая ионофорез, воротник по Щербаку и т. д., не дают эффекта при неврозах и показаны при сопутствующих расстройствах.

Психотерапия как часть культурного наследия человечества была и остается выражением индивидуального мастерства врача, его филигранной работой, не терпящей поточного и некритического применения, тем более что в повседневной работе ему приходится иметь дело с больными разного возраста. Однако это создает определенные трудности, и в последние годы мы стремимся назначать дошкольников, младших школьников и подростков в разные дни, когда легче объединить детей одного возраста для совместной игры или обсуждения.

Успешность лечения зависит не только от вовлеченности пациента в процесс психотерапии, но и от умения врача раскрыть конфликтные сферы переживаний и создать психотерапевтические модели их разрешения в виде игры или обсуждений. Важно, чтобы дети овладели навыками адаптивного общения и убедились на практике в своей способности справляться с внутренними напряжениями и конфликтами.

Психотерапия изживает себя при превышении врачом полномочий, безоговорочном навязывании мнений и оценок, недоучете индивидуальности ребенка, попытках нивелировать его темперамент, устранить эмоциональность и чувствительность, сделать его одного ответственным за проявление заболевания. Повторение психотравмирующих условий жизни ребенка наблюдается и там, где врач прямолинейно пытается лишить его восприятие непосредственности и цельности, резко изменить преобладающий у него невербальный, первосигнальный способ отражения действительности.

Невротическое заболевание имеет свои особенности динамики, отражающие проблемы личностного становления. Происходящие при этом борьба мотивов, поиск выхода из психотравмирующей ситуации не могут быть заменены однозначным и категоричным мнением врача в тот период, когда больной еще не подготовлен к нему и сам стремится найти приемлемое решение. В этом случае более целесообразны разъяснение, обсуждение, поддержка, совместный поиск решения, чем внушение и гипноз. Доброжелательная и терпеливая манера поведения врача, создание в процессе общения с больным психотерапевтической атмосферы оптимизма, жизнерадостности, непосредственности, искренности и доверия способны оказать большее влияние, чем попытки устранения переживаний и перевоспитания без глубокого анализа проблемной ситуации и поиска наиболее естественных путей ее разрешения.

Необходимым условием психотерапии является наличие эмоционально положительных отношений с больным. У дошкольников этому может препятствовать чувство страха перед врачом, у подростков — настороженность в отношении его действий. Относительно легче контакт устанавливается в 6—11 лет, когда в наибольшей мере проявляются возрастные механизмы идентификации и внушаемости. Затруднения в нем возникают у чрезмерно опекаемых, загруженных и тревожно привязанных к матери или бабушке детей. В этой связи можно сказать о девочке 5 лет с относительно нетяжелым заиканием. Ее приводил на прием мягкий по характеру и не пользующийся влиянием в семье отец. Необщительная, властная, недоверчивая и тревожная мать полностью подчинила себе дочь, настороженно воспринимая любые ее контакты вне дома, включая приемы у врача. Она принципиально не выполняла передаваемые мужем советы врача. Отрицательное отношение матери к врачу передалось дочери, приостановив и нейтрализовав эффект ее лечения.

Чаще всего прерывают лечение девочки с истерическим неврозом, что говорит об их эгоцентризме, неспособности делиться с психотерапевтом своими переживаниями, о нежелании принять ответственность за свое поведение и перестроить его согласно требованиям действительности. Определенное значение имеет и пол врача, так как эмоциональное блокирование отца девочки в семье может быть одним из проявлений неприятия всего мужского и распространиться на врача-мужчину в виде настороженно-недоверчивого и негативного отношения. Отрицательное отношение к лечению может быть спровоцировано бесцеремонным вмешательством врача в интимную жизнь детей и подростков, воспринимаемым ими как угроза изменения их «я», к которому они еще не подготовлены психологически и которого боятся как всего нового и неизвестного. Поскольку межличностный контакт с детьми, страдающими неврозами, идет через фазу упрочения эмоциональных отношений и идентификации с врачом, особого внимания требуют дети, имеющие проблемы в эмоциональном контакте с родителями.

В неполной вследствие развода родителей семье отсутствие стабилизирующего и социализирующего влияния авторитета отца неблагоприятно отражается на формировании личности детей и подростков, что видно из проведенного нами сравнительного исследования юношей и девушек (15—17 лет) из полных и неполных семей. Статистически значимые различия между ними получены по ряду факторов характерологического опросника Кеттэла (форма «С»). У обследуемых из неполных семей меньше сила «я», большая эмоциональная нестабильность и личностная незрелость, повышена эмоциональная чувствительность, они более пассивны, робки, пугливы, нерешительны. Эти нарушения обусловлены не только отсутствием идентификации с отцом, но и замещающим влиянием матери, нередко избыточно продолжающей опекать своих взрослеющих детей. Отсутствие доступной модели поведения, соответствующего полу, приводит к затруднениям в общении у юношей, не пользующихся, по данным социометрии, популярностью среди сверстников. Наибольшие затруднения они испытывают при общении с девушками, идеализируя их и находясь в тревожной зависимости от их расположения. Как это отражается на возникновении последующих проблем в браке, мы уже видели ранее. Из изложенного следует, что подростки-мальчики из неполных семей нуждаются в более осязательном руководстве и авторитете врача-мужчины, выступающего в роли наставника, развивающего их собственную активность, веру в себя и утверждение себя как представителя мужского пола. У женщины-врача, более психотерапевтически ценной, может оказаться эмоциональная коммуникация с подростком, выступающая как модель развития его общения с другим полом.

Заслуживает внимания тактика врача в работе с мальчиками, проявляющими агрессию по отношению к матери. Агрессия возникает у мальчиков, похожих внешне на отца, но лишенных в силу разных причин общения с ним и его защиты. Недостающую роль отца безуспешно пытается выполнять мать, имеющая много неразрешенных личностных проблем, часто беспомощно-инфантильная в вопросах воспитания и незрелая в своем чувстве материнства. В известном смысле она не любит и не принимает мальчика из-за его сходства с отцом, с которым у нее неприязненные отношения. Матери не только отвергают самостоятельность, настойчивость и упорство сына, но и передают его в первые годы жизни на воспитание своим родителям, которые обычно во всем идут ему навстречу. И в дальнейшем мальчик не только не получает необходимой ласки и тепла со стороны матери, но и мешает ей в осуществлении более важных жизненных целей. Ее эмоциональное напряжение, раздражение и недовольство передаются сыну и вместе с нарастающим у него чувством обиды и досады ведут к появлению не всегда внешне мотивированных вспышек гнева и ярости по отношению к матери. Они заканчиваются бурным раскаянием, плачем, обвинением себя в случившемся, заверениями в любви и вынужденным ответным признанием матери. Катарктическая разрядка временно снимает напряженность во взаимоотношениях, пока все не повторяется снова. В рассмотренном случае агрессивность можно расценить как следствие конфликтного напряжения в отношениях с эмоционально непринимающей матерью, замещающей отца и препятствующей общению с ним. Психогенно спровоцированные приступы агрессии представляют собой бессильные попытки устранить эти препятствия. Здесь сын, по существу, ставит себя на место отца, проявляя несвойственный ему отклик на психотравмирующее отношение матери, которое с трудом поддается перестройке, поскольку у нее уже сформировался взгляд на сына «как на безнадёжного». Вместо

конструктивного диалога мать готова избавиться от сына, стремясь поместить его в больницу, после которой между ними возникает непреодолимая стена недоверия, обиды и вражды. Большого эффекта можно достичь, если врач соглашается с серьезностью создавшегося положения и привлекает отца для разрешения семейных проблем. Одновременно отмечается необходимость предоставления детям возможностей для эмоциональной и физической разрядки, занятий физкультурой и спортом после лечения. Положительное значение также имеют авторитет мужчины-врача для больного и бесконфликтная модель отношений между ними. Совместные проигрывания с матерью актуальных жизненных ситуаций и их последующие обсуждения помогают изменить ее взгляды на взаимоотношения с сыном и уменьшить внутрисемейную напряженность. В последующем акцент делается на взаимодействии отца с сыном, в процессе которого улучшаются их отношения и повышается авторитет отца в семье. Психологический контакт врача с отцом не должен вызывать эмоциональной изоляции матери. Поэтому заключительные обсуждения лучше проводить с обоими родителями, подчеркивая особенности развития мальчика и принципиально обратимый характер его эмоциональных нарушений. Тем самым создаются предпосылки для успешности последующей индивидуальной психотерапии больного и восстановления его доверия к родителям.

Осложняет проведение индивидуальной психотерапии и наличие у детей невротического развития тормозимого круга с тревогой, страхами, неуверенностью в себе и нерешительностью, психосоматическими расстройствами в виде бронхиальной астмы, функциональных нарушений желудочно-кишечного тракта и желчевыводящих путей. Невротическое развитие тормозимого круга и психосоматические заболевания чаще встречаются у мальчиков, влияние отцов на которых недостаточно, матери же обладают авторитарно-паранойяльными и тревожными чертами характера, чрезмерно опекают и ограничивают сыновей, обязывают выполнять бесчисленные правила и условности, подавляя этим их активность, культивируя зависимость и основанное на чувстве вины послушание. Поэтому мальчики испытывают безотчетное чувство беспокойства при любом, кажущемся или реальном, нарушении предписанного матерью поведения и страх потерять ее расположение. Вследствие этого они вынуждены еще больше подавлять внешние проявления активности и самостоятельности, страдая от невозможности проявить себя и найти приемлемый выход. Дисстресс, обусловленный блокированием возможностей самовыражения и внутренним напряжением, приводит к расстройству высших нейрорегуляторных функций, что проявляется симптомами вегетососудистой дистонии и функциональными расстройствами конституционально ослабленных систем организма, например судорожными сокращениями мышц лица (тики), тела (гиперкинезы), спазмами бронхов (бронхиальная астма) и желчевыводящего протока. Возникновение психосоматических нарушений при неврозах усиливает тревожно-депримированный фон настроения, вплоть до появления общей скованности и заторможенности.

При психосоматическом эквиваленте невроза в виде бронхиальной астмы своеобразным психическим аллергеном является тревожная коммуникация между матерью и больным. Обычно речь идет о невротической зависимости мальчиков от тревожной матери, когда их временное разъединение, например в условиях ночного сна, вызывает приступ беспокойства с обеих сторон, заканчивающийся «разрешающим» тревогу функциональным спазмом бронхов. В данном случае достижение эмоционального контакта с больным и возникновение у него чувства безопасности на приеме имеет самостоятельное психотерапевтическое значение, поскольку уменьшается тревожная зависимость от матери и облегчается эмоциональный контакт с отцом. Последующее ослабление беспокойства у больного происходит в результате направленного использования рисования и игры, позволяющих отреагировать аффекты страха. Далее внушением наяву снимается условно-рефлекторный характер приступов бронхиальной астмы. Достигнутое улучшение закрепляется гипнотерапией вначале в группе, а затем индивидуально. Первые сеансы воспроизводят домашнюю обстановку и проводятся совместно с матерью, последующие — без нее, что ведет к дальнейшему уменьшению взаимообусловленного беспокойства. Рассмотренная тактика построения эмоционального контакта с больным, игровых занятий, внушения наяву, гипнотерапии и параллельной психотерапевтической работы с матерью уменьшает тревожность у нее и ребенка. Взаимодействие между ними уже не сопровождается

генерацией тревоги, что способствует постепенному затуханию приступов бронхиальной астмы.

Во всех приведенных случаях затруднения эмоционального контакта с больным устраняются созданием у него заинтересованности в происходящих в процессе лечения изменениях и участием обоих родителей в процессе психотерапии, начиная с периода обследования семьи.

Врач всегда помнит, что его исключительный авторитет у больного — это компенсация нереализованного авторитета родителей. Если он излишне привязывает к себе пациента и тревожно-мнительно беспокоится по поводу его здоровья, давая бесчисленные советы и предписания, то подобное отношение напоминает основанную на беспокойстве родительскую гиперопеку. Вместе с излишне частыми визитами это создает у больного эмоциональную зависимость и опасения не оправдать повышенные ожидания врача. Поэтому, несмотря на эмоционально теплые и непринужденные отношения, врач должен соблюдать некоторую дистанцию с больным, сохраняя свой профессиональный престиж и авторитет.

Оправдывая ожидания больного, способствуя его успокоению и снятию остроты невротического состояния, можно легко перейти границу реальности, освобождая его от ответственности и давая ему готовые схемы решения проблем. Следствием этого будут зависимость больного от врача и низкая активность в преодолении имеющихся расстройств. Если врач идет во всем навстречу, компенсируя недостатки семейного воспитания, то рано или поздно он будет вынужден, согласуясь с реальностью, перестраивать свою тактику. Подобная непоследовательность напоминает ребенку отношение родителей, вызывает эмоциональное охлаждение к врачу и внутренний протест. Оптимальная тактика психотерапии основана на понимании того, что возможности, предоставляемые больному, являются скорее терапевтическим, чем реальным феноменом. Фактически в процессе психотерапии врач воспринимает чувства ребенка, способствует их раскрытию и развитию с учетом индивидуально-личностных и социально-психологических требований. Требования, выражаемые врачом не столько в прямой, сколько в опосредованной форме, соразмеряются с возможностями больного в настоящем и его прогнозируемым улучшением в будущем. По мере уменьшения расстройств психики и укрепления организма создаются условия для перестройки отношений и черт характера. Необходимо, чтобы в результате психотерапии дети в соответствии с возрастом и состоянием чувствовали ответственность за свое поведение и использовали в полной степени собственные способности и умения. Тогда они будут способны не только правильно понимать и оценивать причины своих поступков, но и корректировать их соответственно своим реальным возможностям и потребностям.

В ситуации межличностного психотерапевтического контакта дети все больше дорожат доверием врача и, гордясь его похвалой и своими успехами, начинают больше доверять себе, своим чувствам и действиям. Более того, они боятся огорчить врача, сделать что-либо не так, не оправдать его ожиданий, переживают, что скажут ему, что он о них подумает, как оценит их успехи и промахи. В ряде случаев появляются чувство вины и рудиментарные идеи самоуничтожения в связи с реальной или кажущейся неотзывчивостью в отношениях с врачом, неспособностью справиться с заданиями и т. д. Это отношение воспроизводит невротический способ реагирования, но, что принципиально важно, в управляемой ситуации лечения, когда больному предоставляется возможность эмоционального отреагирования своих переживаний и он обучается адекватному опыту межличностных отношений.

Появляющееся в процессе лечения доверие к психотерапевту и адаптация к его личности представляют собой модель восстановления доверия детей к родителям при условии изменения семейных отношений.

Психотерапия — это динамический процесс улучшения психического реагирования больного с учетом снятия болезненных проявлений, укрепления ослабленных психических функций и развития индивидуальных возможностей. Подобные изменения не всегда происходят в ограниченное, заранее заданное время, так как у каждого больного есть свой психотерапевтический порог, когда дальнейшее улучшение может быть достигнуто только при условии закрепления полученных результатов и появления новых возрастных возможностей развития.

В обобщенном виде психотерапевтический эффект со стороны больного обусловлен следующими факторами: 1) установкой на помощь и желанием лечиться; 2) верой во

врача и применяемый им метод лечения; 3) внушаемостью в ситуации лечения и способностью к переменам; 4) клиническими и характерологическими особенностями; 5) доступным возрасту и реальности отреагированием переживаний, разрешением внутреннего конфликта; 6) восстановлением доверия к себе, согласия со своими чувствами и действиями, увеличением доверия и отзывчивости по отношению к другим; 7) раскрытием себя и развитием чувства уверенности на основе индивидуальных возможностей, нового опыта и овладения навыками адаптивного поведения.

В практике индивидуальной психотерапии используются отдельные приемы поведенческой терапии фобий. В качестве примера приведем историю мальчика 4,5 лет, который отказывался заходить в магазин, так как боялся, что двери внезапно закроются и он не сможет выйти обратно. Совместно с матерью была разработана тактика снятия страха. Вначале мальчику показали, как закрываются двери в магазин снаружи и изнутри. Затем он заходил в магазин с матерью, потом ожидал ее в некотором отдалении и, наконец, заходил один. В другом случае девочка 10 лет панически боялась опоздать в школу. Ее страх прошел после того, как она по совету врача в течение 2 недель постепенно выходила из дома все позже и позже и в конце концов зашла в класс сразу после учительницы.

Терапевтический механизм в таких случаях заключается в постепенном и контролируемом сознанием воспроизведении вызывающих страх ситуаций, т. е. десенсибилизации к ним. Приемы поведенческой терапии неэффективны при невротической привязанности к родителям и страхе за их жизнь.

При индивидуальной психотерапии существенное значение имеет уточнение характера сновидений. Дети редко говорят о них сами, и необходимую информацию можно получить при рисовании сновидений по заданию врача, совместной игре в куклы и наводящих вопросах.

Кошмарные сновидения, несмотря на свое отрицательное эмоциональное звучание, выполняют защитную, десенсибилизирующую функцию, реализуя в символической форме различные жизненные ситуации. Вместе с тем они, воплощая в аллегорической форме дневные опасения, страхи и надежды, нередко являются своеобразной формой их осознания, что сопровождается страхом повторения подобных сновидений. В кошмарных снах по-своему разрешается травмирующая ситуация, как, например, у девочки 7 лет, болезненно воспринимающей любовь матери к младшему брату: «Мы пришли в зоопарк, а там людоеды, и они съели маму и моего братика». Страх изменения, заболевания реализуется в сновидениях, в которых происходят фантастические превращения (рис. 4).

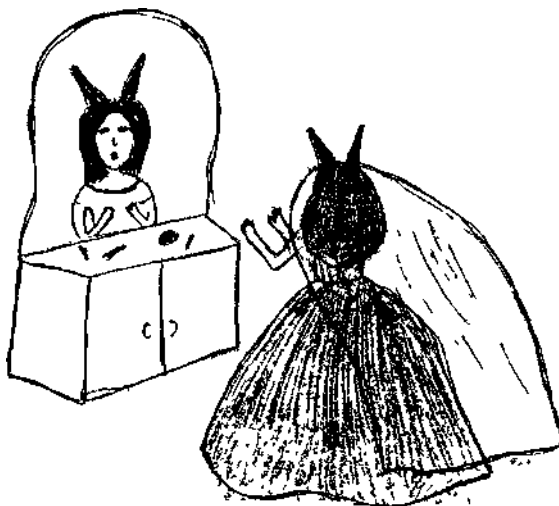


Рис. 4. Страх изменения «я» в кошмарном сне девочки 12 лет «У меня выросли рога»

Страх насилия, внезапного воздействия и столкновения добра и зла проявляется в сновидении мальчика 12 лет: «Я в лесу набрел на избушку, на которой было написано — «Добро пожаловать», вошел в нее, и вдруг на меня что-то навалилось страшное — страшнее Бабы-Яги». Неосуществленные желания, разбитые надежды звучат во сне мальчика 9 лет: «Я полетел на Луну, полетал там, а потом корабль упал на Землю и разбился». Тема безвыходности, обреченности, неотвратимости наказания,

отсутствия поддержки и сочувствия отражает травмирующее отношение родителей. Так, девочка 9 лет видит во сне: «За мной погнался деревянный великан с шестью руками, и я от него убежала, но когда прибежала к дому, то он оказался перед ним и закричал: «Ага! Попалась!» — я проснулась и, когда снова заснула, то мне приснилось, что я пошла к другой девочке, а он меня подкараулил и съел!»; девочка 14 лет: «Кто-то за мной погнался, я вбежала в дом и стала звонить по всем квартирам, но никто не открывал. Я добежала до последнего этажа и, услышав, что меня уже догоняют, бросилась вниз и проснулась!»; мальчик 7 лет: «Подходит ко мне Баба-Яга и начинает душить меня, я говорю: «Не убивай, не убивай», — а она «Все равно убью!»; мальчик 6 лет: «С горы падают, падают камни мне на голову, и идет война. Мне страшно». Отсутствие безопасности, ненадежность ближайшего окружения звучит во сне девочки 10 лет: «За мной гнались, я прибежала домой, стала закрывать дверь, а она не закрывается»; мальчика 9 лет: «Отец приходит домой без ноги, мать без глаза». Семейный конфликт отражается в снах типа «Как будто наш дом взорвался», «Кто-то кого-то зарезал». Конфликт с родителями — в кошмарных снах с динозаврами, бармалейми, волками, Бабой-Ягой. Страх одиночества, разлуки с родителями проявляется в таких снах: «Цыгане бродят по городу и хотят меня забрать с собой», «Мама от меня уходит, я остаюсь одна», «Прибежали к папе на корабль, а он уже отплывает». Угроза для жизни находит выражение в снах: «Меня хотят убить или задушить, но никогда это не получается», «Черти окружили меня, главный Бес поймал меня и ведет к чертям, чтобы они меня разорвали», «Меня хотели утопить плохие люди». Фатальный страх смерти находит воплощение в следующих снах: «Бандиты схватили меня и убили», «Город затопило, приплыли осьминоги и меня съели», «Как меня, маму и бабушку засыпали землей», «Мы идем с мамой по мосту, а он обрушился, и мы упали». Подобные сны говорят о потере жизненной цели, крахе надежд, жизненной катастрофе.

При отсутствии воспоминаний о травмирующем характере сновидений, недопущении их в сознание встречаются пониженный фон настроения, заторможенность и беспокойство. Рассмотренные сновидения указывают на наличие внутреннего конфликта, состояние эмоциональной неудовлетворенности и беспокойства. Реже встречаются приятные сновидения, в которых, тем не менее, находит свое компенсаторное выражение дефицит основных жизненных потребностей. «Приятный сон, когда я играю с ребятами и дружу с ними», «Я стал учиться в школе на одни пятерки и меня похвалили», «Меня похвалила мама».

Радикальное устранение кошмарных сновидений возможно после нормализации обстановки в семье и перестройки отношений детей и родителей. До этого удовлетворительный эффект, помимо выполнения общеизвестных гигиенических мероприятий, наблюдается от применения внушения, облегчающего возможность пробуждения при необходимости и переключающего сновидения на нейтральную или положительную тематику. Если эффект от внушения на первых приемах оказывается недостаточным, то больному дается задание нарисовать сны дома, что уменьшает по принципу десенсибилизации их травмирующее значение. Рисунки вместе с изображенными на них страхами остаются у врача, что усиливает действие ранее сделанного внушения. Некоторые терапевтически резистентные сновидения после их изображения на рисунке проигрываются в ролях совместно с врачом. При воспроизведении ребенком образа, вызывающего страх, достигается больший эффект от игры. В качестве примера можно упомянуть о девочке 10 лет, панически боявшейся во сне чудовища. Ее отец, к которому она была привязана, злоупотреблял алкоголем, и его измененный образ преломлялся в виде фантастического персонажа. Наличие этой связи не объяснялось, и девочка, по совету врача, сделала дома маску чудовища, которого изображала в совместной игре на приеме. Ей перестали сниться страшные сны, и дальнейшее улучшение состояния было в немалой степени обусловлено перестройкой отношения отца.

В итоге принципы индивидуальной психотерапии могут быть сформулированы следующим образом:

- 1) тактика психотерапии согласовывается с родителями больного ребенка, обеспечивая этим необходимую помощь с их стороны;
- 2) выбор методики психотерапии зависит от конкретной ситуации взаимодействия врача и больного, данных клиники и индивидуальных возможностей больного на каждом возрастном этапе его развития;

3) направленность психотерапевтического воздействия сочетается со спонтанностью, что делает его более гибким, естественным в приближенном к жизни;

4) руководство больным основано на паритетности отношений с ним;

5) врач действует вместе с больным, а не вместо него, оставаясь в пределах своего «я», чувствуя и понимая переживания больного;

6) устранение блокирующих невротических механизмов «я», раскрытие и развитие его резервов, восстановление доверия к себе и перестройка отношений со значимыми другими рассматриваются в качестве неразрывно связанных между собой лечебных и педагогических аспектов психотерапевтической коммуникации с больным;

7) в процессе психотерапии достигается взаимная адаптация детей и родителей.

Разъясняющая психотерапия.

Выделение разъясняющей психотерапии носит условный характер, так как она в той или иной мере сопровождает все психотерапевтические действия врача в работе с детьми 5—6 лет и старше. Логически обоснованное разъяснение некоторых причин возникновения невротического заболевания осуществимо у подростков, в отношении которых уже можно говорить о достаточном уровне развития мышления и формировании нравственно-этических категорий. То же относится к разъяснению механизма действия психотерапевтических методик и обсуждению жизненных проблем.

Для того чтобы больной мог понять, каким он может стать после лечения (перспектива психотерапии), ему вначале необходимо понять, кто он есть. Последнее невозможно при выраженных признаках заболевания, искажающего восприятие, ведущего к реактивным, защитным установкам и дальнейшим нарушениям в отношениях. Поэтому, прежде чем перестраивать неблагоприятные личностные особенности больного, необходимо создать адекватное отношение к заболеванию и лечению и уменьшить остроту невроза. Создать адекватное отношение больного к своему состоянию — значит исключить как его недооценку, так и переоценку. В первом случае у детей отсутствует стимул для устранения болезненных изменений и психотерапия лишена смысла. Второй случай представляет ятрогенное утяжеление состояния больного. Совместно с ним врач пытается разобраться в источниках переживаний, помогает осознать некоторые из них. Здесь имеют место два ограничения, а именно: развитие мышления у детей и этические соображения врача.

Последнее означает, что врач соглашается с серьезностью переживаний, связанных с отношениями в семье, но избегает осуждения родителей.

С целью конкретизации переживаний, связанных с отношением родителей, мы проводим с больными стандартизированное интервью.

Большинство из них отмечают, что родители избыточно заботятся о них, требуют все делать вовремя (т. е. торопят и подгоняют), все время напоминают о том, как нужно себя вести (т. е. лишают непосредственности, порицают и читают мораль), часто беспокоятся, что с ними может что-то случиться (т. е. индуцируют тревогу), постоянно заставляют делать то, что они не хотят (т. е. принуждают), требуют во всем беспрекословного послушания (т. е. зависимого, пассивного поведения), говорят, чтобы они занимались своим делом и не совали нос в остальное (т. е. отстраняют от участия в жизни семьи). В ряде случаев врач просит детей объяснить то или иное отношение родителей и привести примеры. При затруднениях может быть предложена совместная игра. Отношение родителей не комментируется, но больным чувствует желание врача помочь ему и стремится со своей стороны найти выход из конфликтной ситуации. С этой же целью применяются наборы рисунков (Рене—Жиля, Розенцвейга, оригинальные разработки), где представлены разнообразные, в том числе конфликтные, сферы отношений детей в семье, детском саду, школе и т. д. Обсуждение некоторых рисунков с детьми заканчивается вопросом о том, как бы они поступили на месте того или иного персонажа. При неадекватном решении ситуаций подсказываются другие пути. Ряд решений предлагается воспроизвести дома в виде рисунка и принести на прием, после чего они могут быть разыграны в ролях.

Ценным для диагностики и коррекции отношений является тематический апперцепционный тест (ТАТ), по картинкам которого просят составить первый пришедший в голову рассказ. Эмоциональная окраска рассказов детей, больных неврозами, — грустная, подавленная, пессимистическая. Часто звучат темы унижения, принуждения, насилия, несчастья, неизбежности и неотвратимости смерти, т. е. обреченности и безысходности. В этом, особенно у подростков, находит отражение неразрешимость личностной ситуации, потеря уверенности в себе, надежности окружения и смысла жизни. Подростки также часто подчеркивают темы разлуки, одиночества, неразделенности чувств и страданий. Психологический «надлом» таких подростков, пессимизм, разобщение с окружающими и уход в себя позволяют расценить их невроз как своего рода эквивалент «коммуникативного суицида» ведущего к эгоцентрически-защитному и депрессивному типу переживаний.

В доверительной беседе с детьми могут быть раскрыты многие из переживаний, которые видны из следующих высказываний: «Иногда день кажется очень долгим, и это как-то плохо, длится, длится и все кончиться не может — надоело, день настал и пусть темнеет» (мальчик 5 лет), «Более правильно ко мне относится папа, потому что мама часто заставляет делать то, что ей хочется, я не могу построить, а она говорит — строй, а папа идет не против меня, он не заставляет делать, что ему хочется. Если он хочет, чтобы я что-нибудь сделал, а я не умею, то он сделает это со мной вместе или говорит — делай, что умеешь, а что не умеешь — помогу» (мальчик 5 лет), «Не люблю, когда они (родители) ссорятся. У меня в Сибири есть бабушка, которая сказала, что если папа с мамой будут ссориться, то пусть я напишу письмо, и она приедет. Я еще не умею писать, но как научусь — обязательно напишу» (девочка 5 лет), «Мама часто меня не понимает и каждый пустяк превращает в трагедию» (девочка 6 лет), «Измучила она (мать) меня совсем, то бьет, то жалеет, то я — ягодка» (мальчик 6 лет), «Никто меня не любит, все на меня кричат» (девочка 6 лет), «Мамочка, я же не виноват, что у меня получается все плохо, я хочу быть хорошим мальчиком, таким, чтобы все меня любили, но не получается это у меня, я не знаю, почему, видимо, черт мне мешает, а ты же сильная, так помоги мне!» (из разговора мальчика 6 лет с матерью), «Я каждый день стараюсь вести себя хорошо, но не получается, как будто я ищу драгоценный камень и не нахожу. Но я буду, буду стараться» (мальчик 6 лет), «Если бы меня обидели, то при небольшой обиде поделился бы с папой и с мамой, а при большой обиде — оставил бы ее про себя. Я не люблю об этом рассказывать сам, потому что несправедливо накажут или неправильно поймут, тоже неприятно, это как обида для меня» (мальчик 7 лет), «Мне кажется, что я очень плохая, что я разлюбила маму и мне никто не может помочь и мне очень хотелось плакать, и я плакала» (девочка 10 лет), «Многие говорят — ты можешь гордиться своим папой! О какой гордости они говорят? Разве можно любить и гордиться почти незнакомым человеком? Сейчас он пишет диссертацию и очень устает. Но, придя с работы, сразу берется за газету: «Так, ну что новенького?» — говорит он и начинает читать, читать. В это время, что у него не спрашивай, он ничего не ответит» (мальчик 12 лет), «Они много заботятся и советуют — это хуже, чем крик и приказ» (девочка 13 лет), «Они не признают за мной никаких прав, только учиться, а ведь мне нужно куда-нибудь пойти, встретиться с друзьями. Мать создала какой-то образ хорошей девочки и требует от меня по пунктам соответствия этому образу, она хочет, чтобы я была на нее похожа. Я считаю, что она хороший человек, и в то же время я считаю, что я другой человек. Иногда мне кажется, что между нами налаживаются отношения, а иногда — что мы совсем два чужих человека. Внешне она еще иногда показывает любовь в виде подарков, а внутренне — очень редко. В 12 лет был момент, когда мне особенно хотелось, чтобы меня поняла мама, сейчас я этого не хочу — это невозможно. Я считаю, что по характеру мы с отцом ближе друг к другу, но я его мало знаю, потому что в детстве он уезжал, и я жила с бабушкой и дедушкой. У меня такое впечатление, что даже папа не всегда может понять маму, она и ему читает нравоучения, так как всегда хочет, чтобы все было по ней. Не знаю, как папа, но мне кажется, что мама может обойтись без меня, я есть — хорошо, нет — тоже. Я не отрицаю, что она, может быть, любит меня, но очень по-своему» (девочка 15 лет).

У подростков обсуждение личностных проблем проводится отдельно от родителей. Подростков, страдающих неврозами, часто гнетет, что они не такие, как все, не могут чувствовать и любить, как другие, найти себя. Их часто преследуют страх неудачи, чувство внутренней скованности из-за навязчивых мыслей и других болезненных переживаний, страх смерти. К тому же вследствие заболевания они теряют

уверенность в себе, активность, жизнерадостность и доброжелательность к людям. Заостренно-болезненно воспринимая происходящие с ними изменения, они нередко считают положение безвыходным, а себя несчастными и никому не нужными. Однако внешне они ведут себя подчеркнуто безразлично или отказываются от помощи, разочаровавшись в предшествующих советах взрослых. Тогда заинтересовать их можно только убедительным показом возможностей саморегуляции и раскрытия творческого «я». Доверительная манера беседы, умелое использование внушения и авторитет личности врача помогают создать необходимое взаимопонимание в общении с подростком. Если в отношениях с ним врач искренен, ровен, доброжелателен, эмоционально отзывчив, гибок, внутренне уверен и последователен, то такая модель поведения позволяет подростку лучше увидеть себя и служит стимулом для изменения его установок. Этому же способствует обсуждение дневника подростка, отражающего проблемы его взаимоотношений и происходящие с ним перемены, продуманное использование художественной литературы (библиотерапия), групповые дискуссии с успешно проходящими курс лечения сверстниками, а также активное участие в психотерапевтической работе с другими больными.

В плане понимания и отреагирования конфликтных ситуаций хорошо зарекомендовал себя пересказ на приеме сочиненных дома историй на реальные или фантастические темы. Выбор темы определяется самим больным и обычно в той или иной степени отражает актуальную для него тематику переживаний. При согласии больных история может быть разыграна в ролях с участием врача, родителей и сверстников. Наибольшее психотерапевтическое действие рассказов и их драматизации отмечается у больных с неврозом навязчивых состояний.

Приведем историю, сочиненную подростком 11 лет с неврозом навязчивых состояний: «Как болезни по людям пошли».

«Жили в старом городе бабушки-лентяйки. Они не хотели работать, есть им было нечего, и они скоро бы умерли, если бы не решили превратиться в лихорадку. «Будем трясти человека, и он нам все отдаст», — подумали они. Вышли они на улицу и стали ждать. Идут двое — богатый купец и мельник. Они в них влезли и стали трясти. Богатый купец сразу заболел, и его уложили в постель. Друзья принесли ему самое лучшее, но, несмотря ни на что, он продолжал болеть. Его жена, не выдержав, сказала — хватит лежать, уже 3-й год пошел, встань и пойдешь, может, легче будет. Но он ответил, что не может. Тогда привели старую знахарку, которая сказала, что выгонит лихорадку за 24 часа, если он будет во всем ее слушаться. Сварила она варево и дала ему, сказав, что хватит нежиться в постели, чтобы он ел варево до тех пор, пока оно не будет невкусным. Пока он ел, знахарка облила его водой. Купец вскочил с постели и закричал. В это время старуха, сидящая в нем, испугалась, вылезла и забралась в знахарку, а купец благодарил ее за помощь и пожелал многих лет жизни. Знахарка же пришла домой, скорчилась и выпила чашку трын-травы. Тогда лихорадка испугалась и вылезла из нее. Решила она перебраться в другой город, где еще не умели лечить эту болезнь, а тут ей и напарница, другая бабушка, попала, которая про себя рассказала. Забралась она в бедного мельника, а он растолок чеснок, полил его уксусом и съел, и она чуть было не отравилась, но, собравшись с последними силами, поддала ему жару. Тогда мельник влез в холодную прорубь, и она чуть не умерла, если бы не убежала. После того, как обе напарницы рассказали друг другу, что с ними произошло, они решили, что нужно выйти замуж и нарожать детей, которые будут обучены ихнему ремеслу. С тех пор пошли разные болезни, которые есть и до сих пор». В данной истории отражается страх изменения «я» в результате действия непонятных для подростка болезненных, иррациональных сил. То же видим в другом рассказе-импровизации девочки 11 лет, в котором в символической форме отражается психотравмирующая для нее ситуация в семье: «У одной злой женщины был сын, которого она заставляла работать день и ночь. Мальчику надоело, и он убежал в лес, но боялся, что мать его нагонит и будет бить. Бежал он долго и потерял все силы. Увидел вишню, поел и заснул, а когда проснулся, то увидел, что у него на голове рога». Травмирующее осознание отличий от сверстников, желание избавиться от болезненных изменений и нереализованная потребность признания и любви видны из следующих историй: «Жил-был волк, и однажды его напугали, и стал он после этого заикаться. Пошел он однажды в лес и видит — идет Красная Шапочка, и захотелось ему ее съесть. И хотел он это ей сказать, и пока пытался, Красная Шапочка все поняла и убежала. И понял тогда волк, что жить так дальше нельзя, и пошел лечиться в ветеринарную больницу» (девочка

14 лет). «Жил был мальчик очень хороший, добрый, но был у него один недостаток — он был нервный. Для окружающих это не было очень заметно, а для мальчика очень важно, и поэтому он жил один, отшельником. Однажды он встретил девочку и полюбил ее. Он, конечно, понимал, что никогда не сможет ей это сказать. А девочка сама полюбила этого мальчика, все понимала, что у него на душе, и решила сама признаться ему в любви. И когда она ему об этом сказала, произошло чудо. Он перестал быть нервным, потому что любовь — это чудо» (девочка 15 лет).

Поскольку у больного неврозом более значимая информация часто содержится не в сказанном, а в недоговоренном, то успешным оказывается использование методики незаконченных врачом историй, развязку которых и завершение должны придумать сами дети. Истории построены таким образом, что у них нет однозначного разрешения конфликтной ситуации и они допускают в широких пределах импровизацию. Дети, особенно подростки, несмотря на сложную фабулу конфликта, достаточно быстро улавливают наиболее целесообразный тип его разрешения и тем самым лучше адаптируются к нему в реальной жизни. Последующее проигрывание экспромтом завершающей части истории создает более прочный навык адаптивного взаимодействия в стрессовых ситуациях. Как «домашнее задание» детям предлагается осуществить на практике один из рассмотренных вариантов поведения. Достижение в этом даже небольших успехов, наряду с поддержкой врача, развивает у них веру в себя, в свои возможности и способности. Тем самым создаются условия для согласования поведения с адекватным представлением о себе и чувством собственного достоинства, что делает более успешными перестройку отношений и коррекцию неблагоприятных черт характера.

Индивидуальная психотерапия детей, как уже отмечалось, проводится параллельно с психотерапией родителей. Особое внимание обращается на состояние родителей после окончания активного курса психотерапии у детей, так как его ухудшение может свести на нет достигнутые результаты. В этой связи можно упомянуть о матери, которая предъявляла бесчисленные и не совсем понятные жалобы на состояние сына 10 лет. Оказалось, что большинство из них, в том числе астматические затруднения дыхания, были плодом ее болезненного воображения. Считая себя во всем правой, не доверяя опыту ребенка и чрезмерно тревожась о его состоянии, мать произвольно создавала проблемы отношений с сыном и сама же на них эмоционально реагировала. Не удивительно, что нам удалось сравнительно быстро вылечить мальчика, так как его невроз почти целиком был индуцирован матерью. После лечения сына ее состояние постепенно ухудшилось, вплоть до манифестации невротической депрессии, которая ранее маскировалась избыточной заботой и постоянной тревогой о здоровье сына. Существование подобной невротической взаимосвязи подчеркивает необходимость оказания своевременной психотерапевтической помощи не только детям, но и взрослым членам семьи.

Применение психотерапии изобразительного творчества.

Рисунки как вид творчества являются преломлением в сознании ребенка окружающей его действительности. У дошкольников отражение реальности скорее символично, чем натуралистично, так как они изображают предметы и людей в соответствии со своими возрастными представлениями. Изобразительная деятельность является не только средством связи между развивающимися мышлением и эмоциями, но и естественным стимулом для воображения. Практическая ценность рисования состоит в предоставлении ребенку дополнительных возможностей для невербального выражения идей. В качестве особого языка познания рисование выступает как своеобразный вид коммуникации ребенка с окружающей его социальной действительностью. Рисование как творческий акт позволяет ребенку лучше отреагировать фантазии и переживания, безболезненно соприкоснуться с волшебным миром сказок и преданий, развить свои творческие потенции.

Дети с неврозами больше чувствуют и понимают, чем могут выразить это словами. Вербализация их чувств и мыслей не всегда возможна при конфликтных отношениях в семье, недостаточной отзывчивости родителей и тревожно-мнительном способе

переработки жизненных неудач. Несвойственная ребенку, вынужденная задержка эмоций, накопление переживаний подобно эмоциональному тормозу препятствует раскрытию творческих возможностей, снижает уверенность в своих силах и жизненную активность. В результате изобразительное искусство способно играть значительную роль в восстановлении душевного равновесия, способствуя освобождению подавленной эмоциональной и творческой энергии и одновременно выступая в качестве средства эстетического воспитания. В изучаемых семьях родители нередко считают игру и рисование несерьезными занятиями, односторонне заменяя их вербальным научением. Поэтому рисунки, сделанные детьми во время лечебных занятий, помогают им увидеть творческие возможности ребенка и оценить его спонтанную созидательную активность. Рисование — не только невербальный способ коммуникации, но и средство развития самостоятельности. Рисуя, ребенок может остаться один на один со своими мыслями и лучше разобраться в своих переживаниях. Полезно наблюдение за поведением ребенка при рисовании. Успокоение психомоторно возбудимых детей говорит о преимущественно функциональном характере их нарушений. При рисовании по заданию может проявиться неуверенность в своих силах, и ребенок должен преодолеть психологический барьер, чтобы выполнить задание врача.

Анализ свыше тысячи рисунков детей с неврозами, выполненных спонтанно и по заданию врача, показал следующее. Дома мальчики чаще всего изображают машины, корабли, транспорт, затем идут батальные сцены, девочки же чаще рисуют природу, дом, людей, животных, т. е. имеет место обычная тематика рисунков. Выполненные по заданию врача дома и на приеме рисунки на тему «улица», «двор» в подавляющем большинстве являются однофигурными композициями, т. е. дети изображают только себя, отражая тем самым свои проблемы общения, в том числе непринятие со стороны сверстников. В рисунках на тему «детский сад» дети изображают себя в присутствии одного или нескольких сверстников, помещая себя на периферии группы. В рисунках на тему «школа» большинство детей изображают себя в одиночестве, реже с находящимся рядом взрослым (учителем). Сверстники фигурируют на рисунках только в 1/3 случаев и обычно находятся в центральной позиции по отношению к больному. Все это подтверждает наличие у детей с неврозами проблем общения. Если сравнить рисунки на тему «детский сад» и «школа», то очевидны все большие затруднения общения в более старшем возрасте (рис. 5).



Рис. 5. Отображение неприятия девочки-подростка со стороны сверстников в школе.

В ряде случаев рисунки позволяют уточнить клинические данные. Воспроизведение хаотичного движения, размазанность и разбросанность элементов рисунка, отсутствие композиции нередко говорят о повышенной возбудимости больных при неврозности. Тревожно-депримированный или субдепрессивный фон настроения при неврозе навязчивых состояний и неврозе страха выражается цветовым оскудением рисунка с преобладанием серого цвета, уменьшением размеров человеческих фигур, их неполным изображением или отсутствием. При выраженном чувстве беспокойства и страха к этому нередко присоединяются густая штриховка рисунка, переплетающиеся волнистые линии, заполняющие все его пространство.

При синдроме невротического регресса наблюдается дезинтеграция композиции рисунка. Он становится фрагментарным и одновременно более разнообразным и насыщенным по цветовой гамме. Изображения людей замещаются изображениями животных.

Эмоциональные и личностные особенности детей при истерическом неврозе находят отражение в ярком колорите рисунка, красочном изображении цветов, лебедей, принцесс и королей.

Диагностические возможности заключены в рисуночной пробе «семья», позволяющей уточнить отношения в семье. В первом варианте ребенок изображает себя и остальных членов семьи в четырех комнатах, расположенных в двух этажах, — по одному в комнате. При анализе рисунка имеют значение характер размещения членов семьи и то, кто из них находится рядом с ребенком. Обычно это эмоционально близкое лицо. Во втором, основном варианте дети рисуют семью, не получая каких-либо инструкций. Анализ проводится в отношении состава изображенной семьи, структурной и цветовой композиции рисунка.

Иногда дети «забывают» нарисовать одного из членов семьи. Обычно это малозначимое для ребенка лицо или брат (сестра), вызывающий чувство ревности. Представляет интерес и включение в семью других лиц — знакомых, родственников, врача. Подобная тенденция чаще проявляется при наличии большой или неполной семьи (рис. 6).



Рис. 6. «Никто» (с затушеванным лицом), нарисованный подростком, среди членов своей семьи.

В расположении и размерах фигур отражается ряд социально-психологических особенностей семьи. О сплоченном ее характере говорит близкое расположение фигур. При эмоциональной разобщенности они удалены друг от друга или одна из них рисуется отдельно (рис. 7, 8, 9). При привязанности к родителю он изображается рядом с ребенком. О том же в ряде случаев говорит соединение их рук. У больных с неврозом страха, несмотря на реальную привязанность к одному из родителей, отсутствует соприкосновение рук.



Рис. 7. Изображение семьи мальчиком 4 лет. Слева направо — он; бабушка, которая постоянно находится с ним дома; мать, периодически занимающаяся сыном, и невключенный в жизнь семьи отец (в правом верхнем углу).



Рис. 8. Восприятие девочкой 9 лет отца, злоупотребляющего алкоголем и не выполняющего своих обещаний.



Рис. 9. Рисунок на тему «семья» мальчиком 4 лет. Большая фигура (справа) отображает доминирующий в семье образ активной матери; фигура в ней — образ пассивного, зависимого от матери отца, как бы ассоциированного с положением плода при беременности.

Чаще всего изображают себя в середине рисунка, т. е. между родителями, больные истерическим неврозом. Они же, в отличие от других детей, рисуют себя выше и крупнее родителей. Все это подчеркивает эгоцентризм, повышенное самомнение и претенциозность больных с истерическим неврозом.

При конфликте родителей дети чаще рисуют себя между ними, как бы объединяя семью. Вне конфликта они (кроме детей с истерическим неврозом) рисуют себя преимущественно справа или слева от обоих родителей. При конфликте с матерью или отцом ребенок чаще рисует себя рядом, т. е. «устраняет» конфликт. Таким образом, в рисунках может отражаться не только фактическое положение, но и установка на более приемлемый характер отношений в семье. При дополнительном задании нарисовать и врача его большей частью помещают рядом с отцом, отождествляя с ним по признаку пола.

Определенный интерес представляет и цветовая композиция рисунка при использовании красного, зеленого, синего и черного цветов. В ней не удается выделить ощутимого преобладания цвета в окраске ребенком своей фигуры и фигур родителей. Исключением является синяя окраска туловища отца детьми с истерическим неврозом (55%). Подобная окраска указывает на восприятие отца как источника эмоционального успокоения, привязанности и любви. Следует отметить и сравнительно более частое окрашивание своего туловища черной краской у больных неврозом навязчивых состояний, что подчеркивает их пессимизм, чувство

одиночества и изолированности от окружающих. В половине случаев дети с неврозами используют цвет окраски туловища, общий с тем из родителей, на которого они походят внешне или характером. У девочек это выражено только в отношении матери.

В отношении идентификации детей с родителями вопрос обстоит сложнее. Если у мальчиков трудно обнаружить связь между выбором при опросе роли отца и общей с ним окраской туловища, то каждая вторая девочка использует один цвет, если она выбирает при опросе роль матери, т. е. идентифицирует себя с ней. Следовательно, общая окраска туловища может служить признаком идентификации только в ограниченном числе случаев. Отсутствует общая окраска туловища с родителем, к которому привязан ребенок. Еще большее разнообразие в палитре красок наблюдается при изображении на рисунке лица.

При контрольном воспроизведении рисунка в большинстве случаев меняются расположение фигуры больного и окраска его туловища. Таким образом, данная рисуночная проба носит вариативный характер. Однако она может в известных пределах дополнять клиническое обследование и создавать повод для беседы о семейных отношениях.

Испытываемые детьми страхи по заданию врача рисуются дома. Анализ рисунков показывает, что чаще всего они связаны с воображаемыми персонажами или событиями, ассоциируемыми с неожиданным воздействием (испугом), насилием (агрессией), уродством (метаморфозой), болезнью (несчастьем) и смертью (концом). В общем виде речь идет о страхе того, что может случиться. В его основе лежит страх изменения, иначе — страх «не быть собой» в результате действия трансформирующих психику сил. У подростков это может быть и страх потери самоконтроля, достигающий своего апогея в страхе сумасшествия — неконтролируемого сознанием распада и уничтожения «я». В более широком аспекте страх изменения мотивирован страхом потери человеческого облика, т. е. страхом исчезновения себя как индивида и как личности (рис. 10).



Рис. 10. «Головастики» — страшный сон мальчика 11 лет, воплощающий его страх метаморфозы — изменения «я».

В рассматриваемом значении невротический страх является патологической формой осознания угрозы для «я». Ирреальный, иной раз необъяснимый внешними обстоятельствами и находящийся за «семью печатями» мотив невротического страха нередко выступает и как архаическая форма самосознания в виде передаваемых из поколения в поколение семейных опасений, страхов и преданий. Здесь и средневековая тематика колдунов, ведьм, призраков, леших, домовых, и отражение страха перед прилетающими издалека, все сжигающими и все пожирающими драконами и Змеем Горынычем, и тревожно-мнительная транскрипция семейных заболеваний, несчастий, смерти. Питательной почвой для страхов являются также склонность к суевериям и предрассудкам, безотчетная вера в сверхъестественное, необычное и магическое.

Сам факт изображения страхов по заданию врача действует как терапевтически десенсибилизирующий фактор. «По заданию врача» — означает, что ребенок должен нарисовать свой страх, совершив ряд действий. В частности, он должен самостоятельно продумать композицию рисунка, преодолеть внутреннее напряжение и страх страха и, мобилизовав свою творческую фантазию, выполнить задание посредством более или менее продолжительного волевого усилия. Переступая свой

страх, нарушая его неприкосновенность и недоступность осознанным изображением, ребенок выступает в роли творца, постулируя свое активное начало. Так как задание дает врач и больной знает о его лечебной роли, то оно произвольно ассоциируется с улучшением состояния. Таким образом, десенсибилизация к страху происходит в результате действия многих факторов, включая роль незримой поддержки врача и косвенного внушения с его стороны.

Психотерапия страхов посредством рисования эффективна в возрастном диапазоне 4—11 лет, прежде всего в 6—9 лет, когда в наибольшей мере проявляется естественный интерес к рисованию. С помощью рисунков можно устранить страхи, имеющие преимущественно конкретный и, главное, графически воспроизводимый характер, вроде страхов животных, насекомых, чудовищ, огня (пожара), а также возникающих в темноте, сновидениях и т. д. Менее эффективно устранение страхов отвлеченно-абстрактного характера в виде страхов неизвестного, насилия, несчастия, заболевания и смерти. Но если, к примеру, страх неизвестного, насилия ассоциируется с бандитами, разбойниками, т. е. с конкретными лицами, то результаты от использования рисунков могут быть вполне удовлетворительными. То же относится к навязчивым страхам заболевания и смерти в результате заражения микробами. Частичный эффект отмечается при социально-психологической обусловленности навязчивых страхов, в том числе ответов у доски и публичных выступлений, поскольку здесь выступает прежде всего не страх других, а страх своей несостоятельности, неспособности действовать так, как принято. Отсутствует эффект от рисунков при сверхценных страхах за других лиц, прежде всего близких.

Психотерапия страхов посредством рисунков начинается с выяснения их характера в беседе и игре, после чего больному предлагается нарисовать страхи дома и принести на прием. Каждый страх рисуется на отдельном листе. Заранее указывается, что не имеет значения качество рисунков, не будут проставляться оценки и главное заключается в самом факте рисования. На приеме рисунки просматриваются совместно с больным. Констатируется выполнение домашнего задания, затем рисунки в присутствии больного помещаются в папку с надписью «страхи», которая, в свою очередь, убирается в шкаф. Таким образом, активность больного получает признание и одобрение врача, и отныне его страхи «находятся» в лечебном учреждении. Так как не дается инструкций, как рисовать страхи, то больной может не нарисовать себя. Если же он изображает и себя, то, как правило, отмечается более выраженный десенсибилизирующий эффект рисования страхов. В обоих случаях при недостаточном эффекте рекомендуется, чтобы на одном рисунке ребенок изобразил себя боящимся, т. е. себя и пугающий объект, а на другом — небоящимся. Дословно инструкция следующая: «Нарисуй на одном рисунке себя и то, что ты боишься, а на другом, что ты этого уже не боишься». Следовательно, ребенок должен вначале осознать страх и изобразить его на рисунке. Затем он должен смоделировать ситуацию на другом рисунке таким образом, чтобы побороть этот страх. В этой, казалось бы, простой последовательности действий содержится эффективный психотерапевтический код. Конкретизация страха, проникновение в него, драматизация связанного с ним переживания и условность изображения обуславливают соответственно эффекты инсайта, катарсиса и десенсибилизации. Последующее терапевтическое моделирование на рисунке психотравмирующей ситуации является, по существу, перестройкой отношений под влиянием косвенного (установочного) внушения. Последнее представляет собой выражение веры в возможности ребенка, подчеркнутое контрастом «ты боишься — уже не боишься». Налицо и эффект обучения, поскольку ребенок следует определенной последовательности действий в отношении преодоления страха. Связанные между собой психотерапевтические механизмы положительной установки со стороны больного (желания устранить страх), инсайта, катарсиса, десенсибилизации, внушения, обучения и обусловленной всем этим перестройки отношений объясняют интегральный эффект рисуночной терапии. Поэтому не столько условное изображение, к примеру, темноты или животных помогает ребенку преодолеть страх перед ними (хотя этого и достаточно в ряде случаев), сколько контрастное изображение себя в темноте и по отношению к животному в пассивной и активной роли, т. е. в состоянии аффекта страха и без него. Рисование дает ребенку различные возможности для символического отреагирования страха. Так, на рисунках он бросает Бабу-Ягу в костер, отрубает дракону голову и т. д.

В отличие от игровой терапии, эффект которой обусловлен принятием роли фрустрирующего персонажа, в рисуночной терапии ребенок остается самим собой, что облегчает ее применение у больных со страхом изменения «я». Поэтому рисование предшествует игре, создавая для нее необходимые психотерапевтические предпосылки.

Вместо рисунков больному может быть предложено сделать маски или вылепить страшных для него персонажей. Во всех случаях продукты изобразительной деятельности больных остаются в кабинете врача в виде настенных рисунков, собрания используемых в последующей игре масок, лепных произведений. Это принятое с согласия больного решение действует в качестве подкрепляющего суггестивного фактора и означает, что он «отдал» свои страхи врачу, который их «принял» и отныне «держит» у себя. Устранение страхов имеет исключительно важное значение в психотерапии, так как приносит больному существенное облегчение, активизирует его волю, повышает авторитет врача и предотвращает последующее навязчивое развитие страхов, в том числе образование логофобий и навязчивых тиков. Надежность устранения страхов у детей в немалой степени зависит от успешности психокоррекционной работы с родителями. Для этого необходимо знать, каким страхам и опасениям они подвержены сами.

Приведем примеры психотерапевтического использования рисунков. В первом случае мальчик 5 лет панически боялся собак. Страх был снят после двух рисунков, на которых он изображал себя убегающим от собаки и стоящим с ней рядом (рис. 11).



Рис. 11. Устранение с помощью рисунков фобии собак у мальчика 6 лет.

Во втором случае девочке 5 лет часто снился волк, агрессивное поведение которого напоминало ей отца, злоупотреблявшего алкоголем. На повторный прием девочка принесла рисунок, где просто изобразила волка. Тем не менее она перестала бояться его во сне. Одновременно мать отметила у дочери более спокойный сон. Но днем она стала более возбудимой и агрессивной. В последующей игре с куклами девочка взяла роль зайца (т. е. косвенно себя) и назначила на роль волка врача. В игре заяц не только оказывал сопротивление волку, но и сам нападал на него. В итоге волк перестал сниться девочке. На этом примере видно, что кошмарные сновидения — это вытесненные в подсознание дневные переживания, своеобразная форма их отреагирования. Устранение психотравмирующего, агрессивного содержания сновидений сопровождается повышением возбудимости и агрессивности днем. Агрессивность не направляется в силу разных причин на отца, который является ее источником, но может быть в символической форме отреагирована на врача, исполняющем ассоциированную с образом отца роль волка.

В третьем случае мальчик 6 лет после просмотра соответствующего кинофильма панически боялся динозавра, который, с его точки зрения, мог проникнуть в дом, проломив стены. Отец мальчика действительно мог это сделать, находясь в состоянии аффекта. Вечером мальчик напряженно прислушивался к разным шорохам, не мог долго заснуть, спал с открытыми глазами, просыпаясь при малейшем шорохе. Он смог нарисовать только одного динозавра, но после двух посещений врача стал быстрее засыпать, несмотря на еще продолжающееся появление чудовища во сне. Полностью страх перед ним и сами кошмарные сновидения были устранены после игры, в которой мальчик изображал динозавра, поочередно сражавшегося с врачом и отцом,

выступавшими в роли боящихся. В последующем динозавр стал объектом шуток и насмешек ребенка.

В четвертом случае девочка 5 лет боялась Бабы-Яги. Ее мать с тревожно-мнительными чертами характера, как она сама пишет в дневнике, « всю жизнь искала выход из-под ига родительской любви ». Тяготясь семейными обязанностями, она не хотела в свое время появления ребенка и, по существу, проявляла в отношении дочери не столько любовь, сколько чувство долга и тревоги, выражаемое внешне гиперопекой. Создавая тревогой невротическую привязанность у дочери, мать спала с ней вместе, и дочь при этом всю ночь в напряжении держала ее за руку. Сама же мать была излишне строгой, стремилась педантично соблюдать режим дня, без конца читала дочери мораль и пугала ее всяческими последствиями непослушания. Отец девочки, твердый и решительный по характеру, постоянно был в командировках и не мог уделять ей соответствующего внимания. В 2,5 года мать впервые ушла от спящей дочери к соседям. Вернувшись, она застала дочь с перекошенным от ужаса лицом, мечущейся по комнате, с криком «мама, мама». После того как мать снова легла с ней, дочь заснула. Но в течение последующих месяцев девочка подолгу не могла заснуть, беспокойно спала, плакала во сне и многократно проверяла присутствие рядом матери. Резко ухудшился аппетит, появились истерики, капризность, упрямство и негативизм. Перестала отпускать мать от себя и днем, ревновала ее к отцу, на которого была похожа внешне, стала неуправляемой в присутствии обоих родителей (синдром «третьего лишнего»). На этом фоне появились заикание, отказы от игр со сверстниками, непроизвольное использование заикания как средства смягчения излишне строгих и временами деспотичных требований матери. В 5 лет отчетливо проявился тревожно-депримированный фон настроения, страх смерти. Заострились и страхи сказочных персонажей с ведущим страхом Бабы-Яги. (Заметим, что в народном эпосе Баба-Яга представляется как противоположный красоте, любви и искренности уродливый, бездушный и коварный образ, олицетворяющий собой в конечном итоге смерть. В некоторых сказках Баба-Яга выступает и в роли людоедки, похищающей детей.) При игре с врачом девочка предпочитала агрессивное поведение своих персонажей, в частности зайца, который напал на волка (врача). При игре с матерью девочка изображала ее, в то время как мать должна была играть непослушного сына, т. е. дочь подобной расстановкой ролей перестраивала отношение матери. Последняя действительно хотела иметь сына, а не дочь, и относилась к ней так, как если бы она была мальчиком. Дополнительно матери и дочери было рекомендовано проигрывать дома возникающие между ними конфликты, чтобы в известной мере разрядить аффективный заряд их отношений. Однако существенное улучшение в состоянии девочки наступило после того, как она дома спонтанно вылепила Бабу-Ягу, крадущую ребенка из коляски у спящей матери. Описывая эту сцену на приеме, девочка, сильно заикаясь, добавила, что Баба-Яга, украв девочку, проглотила ее, а мать так и не проснулась. Когда мать спросила дома, почему же она не проснулась, то услышала в ответ, что Баба-Яга сильнее матери. Больная, вероятно, не помнила кошмарного сновидения в два года, в котором Баба-Яга крадет беззащитного ребенка у спящей матери. В последующем пережитый ужас все время держался в подсознании, подкрепляясь ассоциированным с образом Бабы-Яги излишне принципиальным и недостаточно эмоционально включенным отношением матери. После того как больная воспроизвела и отреагировала раннее шоковое переживание, в ее состоянии наступило существенное улучшение, подобно эффекту катарсиса. Уменьшились эмоциональная напряженность и капризность, улучшилась речь, на лице появилась улыбка. Ослабла, как сказала мать, «неуловимая пуповина тревоги и страха», связывавшая их, в результате чего дочь впервые стала отпускать мать от себя. Параллельно девочка по собственной инициативе стала рисовать свои страхи, испытывая при этом значительное облегчение. На большинстве рисунков в различных ситуациях изображалась Баба-Яга. На одном из них она сняла со своей избушки курьи ножки, чтобы дети не догадались, что это ее дом. Затем Баба-Яга влетела в окно и унесла одну девочку, которая плохо ест, вместе с кроватью. Изображено лицо девочки в избушке, на которой написано «мама» и «лапа». На другом рисунке Баба-Яга соединила переходом свой дом с домом девочки и по нему унесла ее в свой дом, где их уже поджидал Змей Горыныч. Вдвоем они съели девочку. Кроме этого, Баба-Яга изображена в полете, в котором она «крутит» всех детей детского сада на качелях и хочет унести «грязную», т. е. плохую, девочку к себе. На рисунках в конце игровой терапии образ Бабы-Яги отсутствует, вместо нее

изображены фантастическая машина, которая «всех врагов режет», и образ «врага», напоминающий Кота в сапогах. После серии рисунков заикание девочки практически прекратилось, но потребовался еще многомесячный курс групповой психотерапии, чтобы преодолеть ее болезненную застенчивость и неуверенность в себе. На первых групповых занятиях она с удовольствием делала страшные маски, испытывая при этом, как и при рисовании, значительное облегчение. Перестройка отношения матери позволила добиться полной нормализации состояния больной.

В пятом случае мальчик 11 лет боялся кошмарных снов: «Плохой дядька с мешком гоняется за мной в коридоре». Иногда он вскакивал ночью и бегал по комнате. На электроэнцефалограмме имелись признаки пароксизмальной активности. Вечером боялся чудовищ, поэтому тщательно закрывал дверь и укрывался с головой. Мальчик был нежеланным для родителей, которые имели еще одного сына. Рос тихим, застенчивым, впечатлительным, привязанным к матери. У него конфликт с отцом, которого он боялся из-за излишне строгого и принуждающего отношения. Не проявляясь днем, конфликт переходил в область сновидений. По совету врача мальчик принес рисунки кошмарных снов, после чего перестал их бояться, вскакивать ночью и закрывать дверь. Поскольку он боялся отвечать перед строгим учителем математики, ассоциируемым с отцом, была проведена игра с участием последнего. Мальчик изображал строгого учителя, а отец и врач — учеников, в том числе и его самого. В дальнейшем он стал более уверенно отвечать в школе.

В шестом случае девочка 8 лет боялась во сне зверей в клетке, а днем замкнутых пространств: лифта, вагона, небольшой комнаты, в чем отражался ее страх смерти. Нарисовав зверей в клетке, она перестала бояться снов, но дневные страхи остались без изменений, так как были основаны на абстрактном понятии — страхе смерти. Устранить их удалось только в процессе групповой психотерапии и корректирующей работы с родителями.

В седьмом случае у мальчика 6 лет наблюдалась фобия пожара. На каждый из еженедельных приемов он приносил нарисованные им страхи. Как и в остальных случаях, ему прямо не указывалось, что поможет избавиться от страха, но подчеркивалось улучшение в его состоянии. На первых рисунках было изображено горящее здание, которое различалось с трудом, так как было затушено красным цветом. В дальнейшем употребление красного цвета уменьшалось по мере снижения интенсивности страхов. Параллельно увеличивалась доля черного цвета, которым обозначались дым и все более проглядывающие контуры здания. Постепенно больной покрасил весь дом черным цветом («погасил страх») и перестал бояться пожара. Себя мальчик идентифицировал на некоторых рисунках с пожарным.

Рисование страхов помогает и в психотерапии длительно протекающих навязчивых состояний. Например, больная 7 лет с защитным ритуалом навязчивого мытья рук боялась умереть от заражения. Она рисовала ядовитую траву, отравленную еду, грязь, микробы и т. д. В течение 2 мес. девочка «оздоравлила» тематику своих рисунков, что говорило об улучшении ее состояния и о прекращении страхов.

Хороший эффект устранения страхов отмечается в психотерапевтической группе, когда дети приносят для обсуждения нарисованные дома на больших листах страхи (рис. 12).



Рис. 12. Тематика страхов у девочки 9 лет с неврозом страха

Некоторые из них проигрываются всеми участниками группы. Роли распределяет автор рисунка. То же относится к маскам страшных персонажей. Активное обсуждение страхов в группе и их проигрывание в обстановке жизнерадостной атмосферы группы содействует устранению ранее терапевтически резистентных страхов и значительно уменьшает общую тревожность больных.

Рисуночная терапия может применяться и при невротических проблемах одевания, когда ребенок последовательно рисует себя все более одетым, снимая напряжение в связи с новой одеждой, а также при невротических проблемах переодевания (психогенно мотивированного трансвестизма), когда в рисунках реализуются фантазии автора.

Рисунки могут служить индикатором происходящих в процессе психотерапии изменений. В первую очередь это относится к динамике игровой терапии, после которой страшные персонажи выглядят уже не так угрожающе, палитра красок становится более разнообразной, на рисунках начинают чаще фигурировать люди, которые, к тому же, не находятся, как раньше, в конфликтно-разобщенной (удаленной) позиции по отношению к больному.

Игровая терапия.

Игровая терапия основана на естественной для детей потребности в игре, являющейся важнейшим условием правильного, гармоничного развития ребенка, в том числе воображения, самостоятельности, навыков адаптированного взаимодействия с людьми. Игровая терапия подразумевает организацию игры как терапевтического процесса и требует эмоциональной вовлеченности врача, его гибкости и способности к игровому перевоплощению.

Игровая терапия и внушение являются основой психотерапии у детей, ее движущей силой. Игровая терапия находит свое успешное применение как самостоятельная методика психотерапии, так и в сочетании с другими методиками. Выше уже говорилось о ее возможностях как завершающей стадии семейной и рисуночной психотерапии. При комбинации разъясняющей, игровой и суггестивной психотерапии прием проходит в следующей последовательности: беседа — спонтанная игра — направленная игра — внушение. Спонтанная игра как неформальная часть приема снимает напряжение, возникающее при беседе, повышает интерес к лечению и представляет своеобразную разминку перед направленными играми. У дошкольников на приеме преобладает игровой компонент, у младших школьников время беседы и игры приблизительно одинаково, в подростковом возрасте значительно возрастает доля обсуждений.

Игра проводится в кабинете врача, где имеются коврик и стеллажи с игрушками. Набор игрушек включает неподвижных кукол для детей первых лет жизни, для более старших — кукол-петрушек, надеваемых на пальцы или на руку (кукольный театр),

маски, кегли, бубны и небольшой барабан, детскую посуду, разборные конструкции и т. д. В кабинете находится большое горизонтальное зеркало, в котором дети могут видеть себя во время игры. С помощью небольшого количества кукол можно воспроизвести практически неограниченное число игровых ситуаций. В качестве тем для игры используются сказки, стихи, рассказы, придуманные истории, фантазии детей, содержание сновидений или реальные события.

Продолжительность игрового сеанса обычно не превышает 30 мин. Этого времени достаточно для поддержания интереса к игре и удовлетворения потребности в ней. Меньшее время вызывает чувство незавершенности и желание детей продолжать игру. В этом случае недопустимо ее резкое прекращение, так как это отрицательно сказывается на эмоциональном контакте больного с врачом. Большая продолжительность игры может вызвать снижение интереса к ней и чувство пресыщения. Относительно постоянная длительность игрового сеанса является для больного организующим моментом, незримым предписанием. То же относится к запрету повреждения игрушек и их уборке после окончания игры. Частота игровых сеансов зависит от задач психотерапии и возможностей врача. В остром периоде невроза они проводятся 2—3 раза, при хроническом течении — 1 раз в неделю. Соответственно определяется продолжительность курса игровой терапии — от нескольких дней до нескольких месяцев.

Диагностические, терапевтические и обучающие задачи игровой психотерапии тесно связаны между собой. Они реализуются в спонтанной, проводимой без определенного врачебного сценария, игре или в направленной игре по заранее составленному плану. Как правило, последняя не содержит жесткого предписания ролей и допускает значительную долю импровизации. Исключением являются игры в «кегли» и «колобок» со стандартизированной диагностической процедурой.

В игре «кегли» больной бросает шар поочередно с врачом с одного места, проигравший собирает кегли. Врач может «проигрывать» или «выигрывать», создавая преимущества для больного или для себя, усложнять или упрощать игровую задачу, расставляя кегли на большем или меньшем расстоянии друг от друга и т. д. Такая игра выявляет развитие координации, уровень притязаний, стремление к доминированию, реакцию на успех и неудачу. Впечатление можно составить и о внушаемости больного, если он, не задумываясь, повторяет ряд действий врача, например нарочито подчеркнутое непопадание в цель или его нерациональные попытки сбить отдельно стоявшую кеглю вместо нескольких расположенных рядом. С помощью игры в кегли можно повышать толерантность к стрессу и корректировать неблагоприятные черты характера.

В игре «колобок» по мотивам известной сказки роль Колобка исполняет больной, который убегает из дома и встречается с различными персонажами, изображаемыми врачом. На своем пути Колобок должен преодолеть ряд препятствий, например найти дорогу в лесу, укрыться от грозы, перейти речку, защитить себя от угрозы нападения и т. д. Здесь, кроме выявления страхов, имеет значение и то, насколько далеко может уйти ребенок в своей фантазии. У зависимых и тревожных детей Колобок проявляет все больше беспокойства и желания вернуться по мере удаления от дома. У детей с тенденцией к независимости и протестными реакциями Колобок совершает более дальний «побег».

Диагностическая функция игры заключается в раскрытии переживаний больного, особенностей его характера и отношений. Игра как естественный эксперимент выявляет некоторые скрытые симптомы и тенденции, защитные установки, конфликты и способы их разрешения.

Терапевтическая функция спонтанной игры состоит в предоставлении больному возможности для эмоционального и моторного самовыражения, осознания и отреагирования напряжений, страхов и фантазий. Посредством направленной игры укрепляются и тренируются психические процессы, повышается фрустрационная толерантность и создаются более приемлемые формы психического реагирования. Игровая терапия с ее жизнерадостным, оптимистическим настроем активизирует жизненные силы детей, повышает их тонус.

Перестройка отношений больных, коррекция неблагоприятных черт характера, наряду с расширением жизненного кругозора и диапазона общения, формированием навыков адаптивного взаимодействия, позволяют говорить об обучающей функции

игровой терапии. Игра также способствует развитию многих психических функций, в том числе сенсорных и моторных компонентов поведения.

При игре соблюдается ряд правил, способствующих лучшей организации психотерапевтического процесса: 1) игра используется как средство диагностики, терапии и обучения; 2) выбор игровых тем отражает их значимость для врача и интерес для больного; 3) руководство игрой строится так, чтобы способствовать развитию самостоятельности и инициативы детей; 4) спонтанные и направляемые врачом игры представляют две взаимодополняющие фазы единого игрового процесса, в котором главное — возможность импровизации; 5) соотношение спонтанных и направленных компонентов игры зависит не столько от возраста детей, сколько от клинических и личностных особенностей. При острых невротических реакциях преобладает спонтанный компонент игры, при невротических развитиях делается акцент на направленном восстановлении нарушенных отношений. Невротические состояния требуют индивидуально подбираемой композиции игры; 6) игра не комментируется врачом; 7) направленное воздействие на больного осуществляется посредством характера воспроизводимых им и врачом персонажей и психотерапевтически моделируемой игровой ситуации.

Рассмотрим построение игрового сеанса. Игра понимается как желательный, но не обязательный вид деятельности. Вначале ребенку предоставляется возможность для самостоятельной деятельности в кабинете врача или в специальной игровой комнате. В последнем случае она вначале может проводиться вместе с одним из родителей, особенно у дошкольников. Затем некоторое время ребенок играет один или в присутствии «занятого своим делом» врача. При затруднениях с началом игры врач предлагает другую деятельность, например рисование, или знакомит больных с игрушками и постепенно вовлекает их в игру. В дальнейшем дети действуют самостоятельно. Не является обязательным и условие непрерывности игры. Она может быть прекращена по собственной инициативе больного, но он должен дать этому объяснение. Обычно прекращение игры связано с потерей к ней интереса или боязнью некоторых ситуаций. Отсутствие вмешательства врача не означает, что он не оказывает влияния. Ребенок видит врача, «занятого своим делом», но не может предсказать его поведение. Возникающая ситуация неопределенности, недосказанности и неизвестности создает определенное психологическое напряжение, которое ребенок должен преодолеть и выполнить поставленную перед ним задачу — действовать самостоятельно. По мере того как он начинает играть сам, у него проходит чувство настороженности и скованности. Увлекаясь, дети начинают все смелее выражать свои эмоции, бурно жестикулировать, говорить и т. д. Обычно эмоциональное оживление больше выражено у детей строгих, ограничивающих родителей. Отреагирование эмоций — не единственный терапевтический механизм спонтанных игр. Имеет значение и возможность выразить себя в безопасной игровой ситуации, где ребенок находится в согласии с самим собой и своими чувствами. Принятие врачом его чувств и отсутствие осуждения действуют успокаивающе, развивают доверие к себе и способность к принятию решения. Взаимопонимание с врачом представляет для ребенка желаемую модель общения, улучшает его самочувствие и восприятие себя, выполняя, таким образом, положительную регулирующую роль в системе его ценностных ориентации.

Некоторые дети, особенно дошкольники, сопровождают спонтанную игру репликами игровых персонажей, что еще больше способствует ослаблению эмоционального напряжения. Незаметное (невключенное) наблюдение врача за поведением и репликами игровых персонажей дает ценную информацию об особенностях темперамента, характера и отношений детей, включая отношения в семье. Так, в игре «дочки-матери» девочки в роли матери могут насильно заставлять куклу есть, спать, кричать на нее, наказывать и читать нравоучения. Если дети изображают мир зверей, то в нем царит атмосфера доброжелательности, понимания и спокойствия или проявляются доминирующие и агрессивные тенденции. В этом нетрудно увидеть отражение желаний детей или воспроизведение реальных жизненных коллизий. Например, мальчик 6 лет часто изображал в игре Бармалея, который набрасывался на зверей со словами: «Нужно раздавить каблуком». Его агрессивность была откликом на частые физические наказания, исходящие от матери, крепко державшей его (сдавливающей) при этом.

В ряде случаев в спонтанных играх участвует и врач в роли, назначаемой детьми. Оставаясь в ее границах, он уступает во всем главному действующему лицу, проявляя у него отрицательные тенденции (чрезмерную обидчивость, настороженность, страхи, избегание или доминирование, агрессивность). Обнажение этих тенденций до степени гротеска ведет к осознанию больным их нежелательного характера. Возможности других игровых персонажей позволяют в не прямой форме воспроизвести некоторые черты характера и поведения больного. Это зеркальное отражение также помогает осознанию неадекватных реакций.

При направляемых врачом играх для каждого больного подбирается индивидуальный темп посредством постепенного увеличения длительности, разной продолжительности игровых пауз и чередования игровых сюжетов. Оптимальный темп устраняет монотонность игры и штамп. В то же время нецелесообразна частая смена сюжетов, так как они требуют определенного времени для разыгрывания и получения терапевтических результатов.

Создание в игре направления означает не только руководство ею со стороны врача, но и принятие им переживаний больного как условия совместной игры. В ней действуют правила игровой реальности и игрового равенства. Последнее подразумевает разделение ответственности за принятие решений и исполнение главных и подчиненных ролей как врачом, так и больным. Паритетное участие врача повышает игровую инициативу детей, которым предлагается выбрать любую из действующих ролей. Цель игры не объясняется, а характер роли определяется ее общепринятым значением в сказках, например, роль волка подразумевает агрессивность и жадность, зайца — непосредственность и страх, лисы — хитрость и коварство, медведя — силу и глупость, петуха — воинственность, кота — бескорыстную дружбу и т. д.

В импровизационной игре создаются специальные стрессовые ситуации испуга, обвинения, спора, и ребенку предоставляется возможность их самостоятельного разрешения. Если он не может сделать это приемлемым образом, ему подсказываются пути разрешения конфликта, но не прямо, а через соответствующее поведение персонажа, изображаемого врачом. Подобное поведение подразумевает уверенность, кооперацию, ролевую гибкость, отсутствие страха и агрессивности. Воспроизведение врачом терапевтически направленных моделей воспринимается больным не как специальный показ требуемого поведения, а как наиболее приемлемый способ игрового общения и решения возникающих трудностей. Во время игры больному не говорится о том, как нужно играть, что именно он должен изображать в каждый конкретный момент и какие реплики произносят игровые персонажи. Отсутствие жесткого режиссерского контроля и обязательств объяснять поведение персонажей игры позволяет сохранить принцип игровой реальности и облегчает вживание в роль. В противном случае ребенок обязан контролировать свою игру, что затрудняет перевоплощение и импровизацию.

Кроме показа моделей решения конфликтных ситуаций, в направленной игре устраняются некоторые страхи и корригируются неблагоприятные черты характера и поведения больного. Вначале рассмотрим игровую методику устранения страхов. Страхи перед реальными и сказочными животными (собакой, медведем, волком и т. д.) обычно устраняются в течение одного сеанса, состоящего из трех фаз игрового взаимодействия. В первой фазе устанавливаются характер страха и тип реагирования больного в виде избегания пугающего объекта, показываемого врачом. По существу, это означает воспроизведение ситуации, вызывающей страх. Во второй фазе проводится десенсибилизация к страху посредством перемены ролей. Врач поведением своего персонажа (например, зайца) изображает страх больного, последний воспроизводит угрожающий образ (изображая, например, волка). При этом дети проявляют агрессивность, обычно выраженную в такой же степени, в какой они испытывают чувство страха. Терапевтический эффект обусловлен глубиной вживания в угрожающий образ, его эмоциональным отреагированием и десенсибилизацией в сознании больного. В третьей фазе используются обучающие модели поведения посредством повторной перемены ролей. Изображение врачом угрожающего образа уже не сопровождается реакциями страха у больного.

Таким образом, боязнь животных устраняется в течение трех фаз игрового действия: актуализации страха, его отреагирования и закрепления достигнутых результатов.

На дальнейших приемах детям предоставляются роли бесстрашного командира, летчика, моряка, пожарного и т. д., развивающие уверенность в себе и способность к принятию решения.

Краткой иллюстрацией игровой методики устранения страха может служить игровая терапия девочки 2,5 лет, у которой появились заикание и боязнь темноты после ночного испуга, причину которого она не могла объяснить. Прием проходил спустя несколько дней после ночного эпизода. В спонтанной игре с куклами было заметно избегание «волка». В то же время больная охотно играла с другими игрушками. Мы обратили на это внимание родителей, которые вспомнили, что незадолго до заболевания они читали дочери сказку «Красная Шапочка». Возникло предположение об отражении сказки в кошмарном сновидении. По ее сюжету была проведена игра, в которой мать изображала посредством управляемой куклы доброго волка. При этом девочка уже не обнаруживала прежней остроты страха, что явилось результатом совмещения угрожающего образа с эмоционально близким для нее лицом. В дальнейшем роль волка исполнял врач, постепенно наделяя его соответствующими атрибутами поведения. Как и в игре с матерью, у девочки отмечалась лишь незначительная ответная реакция страха. При перемене ролей, когда больная изображала волка, надев на руку тряпичную куклу, она кричала и угрожала Красной Шапочке, роль которой исполнял врач. При обратном изменении ролей у девочки отсутствовали реакции страха. Она стала лучше засыпать дома, прекратились страхи темноты, в течение недели полностью нормализовалась речь. Рецидива не было, по данным десятилетнего катамнеза.

Показательна и игровая терапия страхов у мальчика 3 лет с невротическим заиканием. На приеме он боялся волка, который, по его словам, «всех бьет». Видел его во сне, при рассказе об этом сильно заикался. Жесткий по характеру и импульсивный отец мальчика крайне непоследовательно относился к сыну и часто наказывал его физически. В противовес отцу мать была мягкой по характеру, но ограничивала подвижность сына. Мальчик боялся не только волка, но и отчасти лисы: «У нее зубы острые». На приеме сам взял роль волка, надев тряпичную куклу на руку, мать сделал лисичкой. Волк вел себя агрессивно и нападал на лису. Страх был снят и перестал звучать в дальнейшем. Одновременно удалось быстро купировать заикание.

У других детей в случае страха темноты, обусловленного страхом одиночества, хорошо себя зарекомендовала игра «в прятки» и «жмурки» в постепенно затемняемом кабинете, вначале в присутствии родителей и врача, затем при участии только врача и больного. У стеничных детей страх темноты может быть также устранен с помощью игры «кошки-мышки». Врач и больной поочередно прячутся в постепенно затемняемом кабинете. При эмоциональном вовлечении в игру дети обычно полностью «изживают» свой страх.

Нередко страхи темноты мотивированы страхом неожиданного воздействия, нападения, что находит свое отражение в кошмарных сновидениях. В этом случае терапевтически эффективным является следующее построение игрового сеанса. Вначале больной прячется в кабинете без света, и его, надев маски, поочередно ищут мать, отец, врач и незнакомые взрослые, которые сопровождают свои действия соответствующими «агрессивными» репликами, что, однако, не увеличивает, а уменьшает страх детей. Затем роли меняются, и в кабинете поочередно прячутся взрослые. Больной в «страшной» маске находит их, проявляя при этом больший интереса и игрового азарта, чем скованности и страха. Этот прием устранения страхов обычно не требует обратной перемены ролей при условии выраженного эмоционального отреагирования страха. Если ребенок по собственному желанию сразу изображает объект своего страха, это указывает на его большую решимость преодолеть этот страх.

Страх темноты, особенно если он носит конкретный характер, является одним из выражений страха изменения «я», осложняющим принятие новых ролей, развитие эмпатии и адекватной социальной отзывчивости. При наличии выраженного страха изменения, обычно коррелирующего с общей тревожностью, показана игровая терапия, направленная на улучшение самого процесса принятия и играния ролей. Подобным коммуникативным тренингом удастся устранить страх изменения «я» вне зависимости от конкретной формы его выражения. Тогда описанные выше психотерапевтические приемы устранения страхов могут выступать в качестве его предварительного этапа. На следующем этапе совместно с родителями

проигрываются несложные истории, сочиненные больным дома. Здесь главными являются импровизация и изображение не себя, а других, т. е. вхождение в их образ. Само по себе ролевое перевоплощение по ходу инсценировок — желательное, но не обязательное условие игры. Не менее существенны изображение других по принципу «если бы...» и весь эмоциональный настрой игры, ее жизнеутверждающая, созидательная активность. В дальнейшем используются сюжеты некоторых сказок, где происходят волшебные превращения, например: «Красная Шапочка», «Сказка о потерянном времени», сказка о «Василисе Премудрой», которая умеет обращаться в птиц и творить чудеса, делая человека необыкновенно сильным, сказка о «Царевне-лягушке», которой также все покорно в области чудесных превращений. Разыгрывание этих сказок ребенком, врачом и родителем уменьшает страх изменения «я» при постепенном усложнении сюжетов, импровизации и чередовании ролей, т. е. изменения игры, придания ей каждый раз элементов новизны. На последних занятиях моделируется общение в экстремальных жизненных ситуациях. Ребенок при этом изображает себя как уверенного в своих силах и возможностях, в то время как врач и родители подкрепляют это изображением других. В итоге достигается ролевая гибкость поведения, подразумевающая безболезненное и полностью контролируемое вхождение в тот или иной образ, проигрывание его при условиях сохранения цельности «я» и уверенности в себе, т. е. без страха изменения «я».

Участие родителей в игровой терапии и перестройка их отношений закрепляют полученные результаты. Если же речь идет о необходимости дальнейшего изменения отношений больного и его неблагоприятно сложившихся черт характера, то показана ролевая коррекция поведения. В своей элементарной форме она состоит из трех игровых этапов, осуществляемых на одном или нескольких сеансах. На первом этапе больному назначаются роли, отображающие неблагоприятные черты его характера. Дается их краткая характеристика, например плаксивый ежик, капризный мишка, боязливый зайчик и т. д. Врач изображает персонажей с противоположными, положительными чертами характера, показывая тем самым модель приемлемого поведения. На втором этапе роли меняются. Больной показывает желательную модель поведения, в то время как врач контрастно отражает особенности его поведения. На третьем этапе они оба воспроизводят адекватную модель игрового взаимодействия.

Описываемая игровая методика применима не только к младшим школьникам и старшим дошкольникам, но и к детям 2,5—4 лет, у которых практически невозможны другие методики психотерапии. В последнем случае не требуется вхождения в игровой образ, а используется выраженная в этом возрасте тенденция к подражанию, т. е. больший акцент делается на процессе обучения посредством имитации и внушения.

Ролевую коррекцию поведения можно проиллюстрировать на примере девочки 5,5 лет с невротическим заиканием. Будучи активной, энергичной и самостоятельной, она находилась в условиях чрезмерной опеки, излишне строгого, принципиального отношения родителей и полностью разрешающего отношения двух бабушек. Поэтому она становилась все более упрямой и в то же время эмоционально неустойчивой и капризной. К этому следует добавить частые наказания со стороны отца-педагога за проявление упрямства и своеволия у дочери. Ее младший брат сосредоточивал на себе все внимание родителей, что вызывало у нее чувство обиды и обращенные к родителям навязчивые вопросы: «Вы меня любите?» Эти вопросы указывали на появление сомнений в искренности родительских чувств и связанное с этим чувство беспокойства. Психическое состояние девочки улучшилось после того, как родители, по совету врача, стали дома поочередно играть с ней, позволяя выразить в игре фантазии, обиды и раздражения, в том числе и в отношении к ним. На приеме девочка, подготовившись дома, рассказывала содержание сказки и сама распределяла роли. В дальнейшем темы для игры выбирали поочередно девочка, родители и врач. Игра начиналась в поликлинике и продолжалась дома. В своих инсценировках больная была храбрым зайцем, который напал на волка, изображаемого поочередно родителями и врачом, и одерживал над ним победу. Так в символической форме были отреагированы недовольство и обида. При перемене ролей волк был миролюбивым. Дальнейшее улучшение в состоянии больной, включая ее речь, произошло после использования регрессивной игровой тактики. Родителям было рекомендовано относиться к дочери, как к маленькому ребенку, подобно годовалому брату сажать ее на колени, качать, петь песни, дать возможность

пользоваться рожком, соской и т. д. Девочка с восторгом приняла смягчение отношения родителей, компенсирующее недостаток душевной отзывчивости и тепла с их стороны. Кроме того, она таким образом уравнивалась в правах с братом, что устраняло ее обиду на родителей.

Через некоторое время девочка и ее родители стали лучше осознавать крайности своих отношений, что способствовало их перестройке и сделало ненужным продолжение регрессивной игровой тактики.

Конфликт между сибсами, начиная с 5—6 лет, может быть устранен не только изменением отношений родителей, но и их проигрыванием совместно с врачом. Детям рекомендуется запоминать или записывать возникающие между ними конфликтные ситуации, с тем чтобы вместе обсудить и проиграть на приеме. При ревности к одному из родителей он изображается поочередно каждым из участников конфликта, а врач представляет отсутствующего родителя. Сбалансированного отношения между сибсами удастся достичь и посредством проигрывания сказочных сюжетов, где драматизированы отношения между персонажами.

Приведем еще ряд примеров ролевой коррекции поведения. В первом случае речь шла о мальчике 3 лет с невротическим заиканием, возникшим в результате перенапряжения возможностей развития (раннее интенсивное обучение) и блокирования эмоционального самовыражения (гиперопека в сочетании с излишне строгим и морализующим отношением родителей и двух бабушек). Потребность в эмоциональной разрядке у стеничного по природе мальчика была настолько велика, что временами он сам непроизвольно создавал поводы для плача, после чего заметно успокаивался, т. е. плач являлся средством разрядки эмоций. Мальчик осознавал затруднения в речи и переживал их. После корректирующих бесед с родителями было проведено несколько игровых сеансов. На первом сеансе врач был слоненком, который, минуя все препятствия, пробираясь в Африку к доктору Айболиту, изображаемому больным, как и врачом, соответствующей игрушкой. Представ перед Айболитом, слоненок, заикаясь, сказал, что ему мешает говорить заноза во рту и если она будет удалена, то он сможет говорить легко и чисто (косвенное внушение со стороны врача). Айболит согласился с этим и удалил занозу — маленькую палочку, которую слоненок (врач) держал во рту. Слоненок поблагодарил доктора и, сказав (с внушающим акцентом), что теперь ему ничто не мешает говорить, продемонстрировал свою чистую речь, постоянно восклицая, какой сильный доктор Айболит, он все может. Айболит воспринял все это очень эмоционально и стал, радостно жестикулируя, кричать вместе со слоненком, что ему теперь ничто не мешает говорить, слова идут сами, легко и свободно. После приема мальчик торжественно выбросил «занозу» в мусорное ведро. Его речь значительно улучшилась, но, как это часто бывает при невротическом заикании, он стал более возбудимым, капризным, упрямым и агрессивным, поскольку заикание как психомоторная форма разрядки в какой-то мере предотвращало эти реакции. По совету врача родители не стали противиться шумным играм мальчика, в которых он хотя и перевозбуждался, но активно выражал свои чувства и настроение. После уменьшения возбудимости заострилось беспокойство, т. е. обнажился базальный уровень невротического реагирования. На очередном сеансе врач вместе с больным ползал по игровой комнате, имитируя опасность и ее активное преодоление с громогласными утверждениями: «Нам не страшен серый волк, прогоним все плохое». После игры мальчик стал заметно спокойнее. В последующих игровых сеансах он, как и раньше, выступал в роли всемогущего доктора Айболита, который успешно лечил всякие болезни у зверят, представляемых врачом. Звери постоянно подчеркивали чистую речь «доктора» и его уверенность, как пример для них (суггестивное закрепление достигнутых результатов у мальчика). В приведенном случае мы видим успешное сочетание игры с косвенным внушением врача и перестройкой отношений родителей.

Во втором случае мы наблюдали девочку 4 лет с невротическими тиками, возникшими несколько месяцев назад на юге во время летнего отдыха. Девочка с трудом перенесла перемену обстановки и не ела так, как хотели родители, несмотря на насильное кормление с их стороны. Еще на юге она стала капризной и раздражительной, на что родители отреагировали резким усилением строгости и наказаниями. В ответ на это девочка стала плаксивой, и вскоре у нее появились разнообразные чередующиеся тики. Основным было «зевание» — непроизвольное

открытие рта, которое напоминало гримасу отвращения. Так девочка бессознательно выражала протест против насильного кормления. По мере нарастания тиков у нее уменьшилась эмоциональная напряженность. Это говорит о том, что тики как психомоторная форма разрядки выполняют в некотором роде защитную функцию для организма. Одновременно они указывают на конституциональную дефицитарность психомоторной сферы (у отца девочки глазной тик). На первом приеме больная с трудом входила в контакт с врачом, оставаясь эмоционально напряженной и скованной. Она предпочитала разрушать сделанные ею же постройки, эмоционально бурно реагируя при этом. На втором приеме заявила, что хочет накормить всех зверюшек, но, в отличие от матери, при осуществлении этого была терпеливой, никого не уговаривала и не принуждала. Полностью вошла в контакт с врачом. На третьем приеме попросила мать выйти из кабинета и стала играть с врачом «в гости». Пригласив его к себе, стала угощать, но без уговоров и давления. Затем она стала звонить врачу по игрушечному телефону. При этом врач выступал от имени ежика (просунув руку в тряпичную куклу), а девочка — от имени различных зверюшек, которых она, как и врач, поочередно держала в руках. Ежику сообщалось, что зверюшки все делают быстро, едят без уговоров, слушаются родителей и не дергаются. Ежик все это внимательно выслушивал, радовался вместе с девочкой и хвалил ее, сообщая новость всем сидящим рядом куклам. Мотивом таких заверений были положительный эмоциональный контакт с врачом и его авторитет в глазах девочки. Она дорожила этим и старалась понравиться врачу, оправдывая его ожидания в отношении изменения своего поведения. В следующий раз к игре была подключена мать, которую дочь, поменявшись с ней ролями, кормила без уговоров и, главное, хвалила ее. Вместе с перестройкой отношений родителей состояние девочки постепенно пришло в норму.

В третьем случае стеничная и внешне похожая на отца девочка 6 лет из неполной семьи конфликтовала с гиперсоциализированной и истеричной матерью, испытывавшей много собственных проблем и живущей в своем, закрытом от дочери, внутреннем мире. Мать пунктуально заставляла дочь учить стихи, два раза в день чистить зубы, делать зарядку, делала ей бесчисленные замечания, постоянно одергивая и физически жестоко наказывая при непослушании. В первые годы жизни девочки мать воевала с ней из-за плохого, с ее точки зрения, аппетита и нежелания спать днем. В результате дочь, будучи упрямой и негативной к матери, постоянно «закатывала» истерики и неоднократно обмачивалась в течение дня. На первом сеансе мать и дочь долго не могли наладить контакт в игре, в то время как при участии в ней врача девочка была полностью контактной и некапризной. Она выбрала роль зайчика, назначила на роль волка врача и сделала мать лисой, что вполне соответствовало ее льстиво-вкрадчивому голосу. Волк и лиса гонялись за зайцем и не могли его поймать, т. е. дочь хотела, чтобы мать не настигла ее хотя бы в игре. Затем девочка превратила себя в медведя, а мать в косулю, которую медведь сразу же загрыз. Так в символической форме она выразила ответную агрессию к матери. Далее дочь стала охотником, а мать снова сделала лисой. Агрессивного волка (врача) охотник сразу подстрелил, лиса же спряталась и, когда охотник сел отдохнуть, незаметно подкралась сзади и пыталась схватить ружье, но была сразу же застрелена. Подобным действием девочка как бы устраняла травмирующий образ «не матери», как символ неискренности, обмана и коварства. После этого драматического эпизода она захотела поиграть с матерью сама. Врач вышел из кабинета. Игра происходила без ссор. Поведение девочки отличалось мягкостью и уступчивостью. В последующие дни мать отметила, что дочь была как никогда спокойной, без капризов, истерик и упрямства. Прекратилось дневное недержание мочи, девочка стала более внимательной и критичной к себе. На следующем приеме мать впервые опустилась на коврик и стала играть с дочерью «лицом к лицу». Пришедшего врача девочка сделала папой, а себя мамой. Дочерью она обозначила куклу, сказав про нее, что она не только капризничает, писается, но и какается. Отстранив таким образом от себя все плохое, девочка в роли матери и врач в роли реабилитированного отца начали воспитывать дочь. «Мать» доминировала в игре, ставила «дочь» в угол, шлепала, читала нравоучения и утверждала, что она ни на что не способна, что она плохая, грязная, никого не любит и т. д. Мать не принимала непосредственного участия в игре, но видела и слышала, как дочь, увлекшись игрой, изображала ее отношение. Наконец, «неисправимую дочь» девочка в роли матери повела в больницу, где их принял доктор — мать девочки. Доктор дал советы по воспитанию и выписал

различные лекарства. В отличие от поведения дома мать в роли доктора давала уже более адекватные советы, в том числе предлагала играть с дочерью. Затем снова мать и дочь дружно играли вместе без врача. Между приемами девочка была спокойной. Мать и дочь стали лучше понимать друг друга и дорожить этим. На третьем приеме через неделю девочка опять выступала в роли матери, а мать в роли дочери. В отличие от предыдущей игры в их взаимодействии были большая гибкость и спонтанность. У девочки по-прежнему не было случаев недержания мочи. В последующем она хорошо адаптировалась в школе.

Следует сказать и о мальчике 5 лет из неполной семьи, имеющем чрезмерно его опекающую авторитарную бабушку и эмоционально-неустойчивую мать с истерическими чертами характера. Мать практически не занималась сыном, отдавая все время работе. В то же время она была подчеркнуто строгой и принципиальной и не допускала его встреч с отцом. Неудовлетворенная потребностью соответствующей по полу идентификации оборачивалась страхами, капризами, упрямством и одновременно тревожной зависимостью от матери, протестом против посещения детского сада. При первом визите мать и ребенок были оставлены в игровой комнате с предложением начать игру. Возвратившись, врач увидел, что мать вместо игры с ребенком читала ему нравоучения. В ее присутствии врач начал игру с мальчиком, косвенно отражая поведением персонажей его проблемы общения в детском саду. Мать по совету врача незаметно вышла, чтобы не сковывать игровую инициативу сына. После совместной игры врач предложил мальчику поиграть в кегли и вышел к матери, чтобы прокомментировать игру. При втором визите через 10 дней мать отметила отсутствие плача и капризов при посещении детского сада. Как и в первый раз, она не смогла играть с сыном. Он же по собственной инициативе изобразил различные проблемные ситуации в детском саду, сказав, что это относится не к нему, а к другому мальчику. По секрету признался врачу, что он солдат, т. е. утвердил себя в соответствующей полу роли. При третьем визите через 10 дней рассказал придуманное им стихотворение: «Небо синее, море сильное, папа сильный, мама красивая». На рисунке «семья» включил отца в состав семьи. В детский сад ходил с желанием. Прекратились конфликты с ребятами, стал участвовать в игре, а не стоять, как раньше, в стороне. Дома после просмотра телефильма на военную тему впервые все воспроизвел в лицах. Готовился с нетерпением к празднику в детском саду, сам сделал костюм «Чиполлино». По этому поводу возник конфликт с матерью, которой не понравился выбор сына. Было решено проигрывать возникающие конфликты с матерью на приеме, после чего они полностью прекратились дома, так как мать стала сдерживать себя. На приеме врач и мальчик без матери воспроизводили сцены различных сражений. Они прятались за стулья, кидая друг в друга «гранаты» и считая число попаданий. Затем проводился поединок на «саблях». Заметим, что подобные игры, в которые часто играют здоровые дети, естественным образом предотвращают страх прикосновения и изменения «я» и могут быть с успехом использованы в психотерапевтической практике. На этом же приеме в коридоре поликлиники проводилась игра в прятки. Вначале прятался мальчик, а врач и мать искали его, затем наоборот. Отмечались с похвалой ловкость и сообразительность мальчика, его выдержка и терпение. В качестве награды были вручены спортивные значки. При четвертом визите через 10 дней состояние мальчика было полностью нормализовано. Прекратились конфликты с матерью, которая перестала препятствовать игре сына. Ведущей деятельностью на приеме была экскурсия по поликлинике с посещением кабинетов врачей, которые одобрительно отзывались о мальчике. После приема мать впервые повезла сына в городок аттракционов. На этом примере видно, как своевременное удовлетворение возрастной потребности мальчика в ролевой игре и соответствующей полу потребности в идентификации помогает ему чувствовать себя более уверенным и способным к общению со сверстниками.

Как видно из примеров, главное в игровой терапии — отреагирование эмоционального напряжения и ролевое моделирование разнообразных путей решения проблем общения в совместном с врачом и родителями творческом поиске, сущностью которого являются раскрытие неиспользованных возможностей развития, укрепление единства «я», чувства собственного достоинства и веры в себя как человека. Мы привели лишь сравнительно простые случаи игровой терапии как составной части психотерапевтического процесса. Важно подчеркнуть, что нет двух одинаковых игровых сеансов, как и двух одинаковых больных, и что игровые решения проблемных ситуаций основаны в большей мере на творческой импровизации врача, чем на

подгонке больного под заранее составленный и не допускающий исключений сценарий. Важно и то, что используемая по показаниям игровая терапия предотвращает излишне частое применение психофармакологических средств.

Игровая терапия (инсценировки) наиболее успешна в возрасте 4—7 лет, когда происходит интенсивный процесс ролевого развития личности. Целесообразно ее использование и в более младшем (подвижные, предметные игры) и старшем возрасте (драматизация). У подростков игра проводится без кукол и игрушечного реквизита, в той или иной воображаемой обстановке. В совместных с врачом проигрываниях существенным является обучение подростка принятию адекватных решений в стрессовых ситуациях общения, т. е. коммуникативный тренинг. Для этого исключительное значение имеет образ действий врача и его авторитет в глазах подростка. Большее значение по сравнению с другим возрастом придается организации обсуждений и дискуссий. Помогают драматизациям сделанные подростком маски людей с различными чертами характера и диалоги в масках с врачом. В целом ролевая психотерапия у подростков более успешна в группе, отражающей их возрастную потребность в общении.

Глава 6. Внушение и гипноз.

Внушение наяву.

Внушение наяву является традиционным средством воздействия при неврозах и составной частью любой методики психотерапии. Внушающим действием в ситуации лечения могут обладать не только слова врача, но и его взгляд, манера поведения, обстановка, в которой проходит прием, и мн. др. Поэтому выделить внушение в чистом виде можно только условно. От других видов словесного воздействия внушение отличается сочетанием направленности, директивности, необычности, экспрессивности, динамичности, информативности и убедительности. Направленность — конкретный характер внушения, его цель. Директивность — безоговорочность внушения, его категоричность и обязательность, выраженные в форме повелительного наклонения. Директивность подразумевает отсутствие обратной вербальной связи, т. е. монолог врача, а не диалог с больным. Необычность — специфика проведения внушения, отличающая его от других видов лечебного воздействия, в ряде случаев — его неожиданность и новизна. Экспрессивность — выразительность речи. Динамичность — энергетическая характеристика внушения, его темп. Сила звука обычно нарастает в середине или конце терапевтической части внушения, приковывая в максимальной мере внимание внушаемого. Близко к этому примыкают ритм внушения, расстановка в нем эмоциональных и смысловых акцентов, динамичное чередование слов и пауз и в более широком аспекте — композиционная стройность внушения. Информативность — оптимальная мотивационно-смысловая насыщенность при минимальной длительности. Убедительность — обоснование содержащейся в нем информации уверенной манерой поведения врача, особым тембром его голоса, доверительным или подчеркнуто-формальным обращением с больным, умелым использованием, наряду с другими средствами, взгляда и жеста.

Кроме императивного, безусловного и лаконичного по своему характеру внушения, выделяется мотивированное внушение, при котором дается больший объем информации с меньшей интенсивностью и добавлением элементов убеждения и разъяснения, что обеспечивает необходимую индивидуализацию и гибкость.

При одних и тех же невротических симптомах внушение может быть как высокоэффективным, так и безрезультатным. Это объясняется опосредованностью его эффекта различными факторами социально-психологического, личностного и клинического порядка. Многое зависит от искусства и опыта врача, который нередко интуитивно находит показания для использования внушения. Как правило, каждый врач путем проб и ошибок устанавливает тот клинический диапазон суггестивных возможностей, в котором он как специалист чувствует себя уверенно. Определяющим фактором является вера самого врача в действенность внушения, поскольку скептическое отношение может подорвать его успешность.

Внушение применяется при наличии выраженных установок на лечение. Искусство врача при суггестивной терапии заключается не только в установлении доверительного контакта с больным, но и в сохранении с ним некоторой эмоциональной дистанции. Отдаление врача от больного может повысить эффективность внушения, но только до определенного предела, когда появляются излишнее напряжение и страх, препятствующие его усвоению, в то же время дружеские отношения с врачом могут снизить его престиж в глазах больного, необычность атмосферы внушения и его терапевтические результаты.

Внушение направлено на изменение тех симптомов, которые беспокоят больного, т. е. осознаются им, воспринимаются как привходящие, чуждые, навязанные. Эмоционально воздействуя на психику, внушение через формируемую им терапевтическую доминанту активирует защитные, здоровые силы организма, мобилизует резервы саморегуляции, повышает биотонус. Всем этим обеспечивается эффективность применения внушения. Здесь главное — эффект «сдвига» или «толчка», т. е. изменение патологических условно-рефлекторных ритмов деятельности мозга, нередко приобретающих застойный и стереотипный характер. Поэтому действенность внушения во многом обусловлена эффектом первой встречи с врачом, когда он оказывает на больного наибольшее влияние в плане эмоционального запечатления, когда волнующая атмосфера ожидания встречи разрешается оправданием надежд в отношении перспективы выздоровления. В этом случае даже небольшое улучшение в состоянии или не выявляемое внешне изменение самосознания больного подкрепляют его восприятие себя как способного подвергаться лечебным изменениям и быть собой, т. е. здоровым. Суггестивное развитие активизирующей жизненной концепции «я могу, я поправлюсь» успешно, если врач реально прогнозирует возможности больного, заинтересовывает его происходящими изменениями, если внушения этически приемлемы и не заменяют, а развивают потенциально здоровые функциональные структуры его «я», если они имеют не абстрактный, а конкретный, обращенный к личности характер. Так, при навязчивых тиках внушается: «Ты перестаешь обращать внимание на лишние движения и они уходят из тебя», а не: «Тики уменьшаются и проходят».

В своей сущности внушение одномоментно, т. е. оно действует сразу или не действует вообще. Механизм действия суггестивной терапии состоит в частичной или полной замене патологической доминанты лечебной, активизирующей функционирование здоровых нейродинамических систем организма. Все последующие внушения направлены на подкрепление и усиление достигаемых лечебных изменений.

Надежность эффекта внушения в немалой степени зависит от степени его интериоризации — включения в систему ценностных ориентации индивида. В противном случае — отторгается подобно инородному телу. Немалая роль в усилении действия внушения принадлежит родителям. Благоприятная ситуация возникает в том случае, если они согласны с содержанием внушений, верят в их эффективность, соответствующим образом поощряют активность ребенка и избегают применения дома «воспитательных» контрвнушений типа «ты никогда и ничего не можешь сделать так, как нужно». Нежелательно резкое усиление требований со стороны родителей по реализации внушения, что превышает возможности ребенка, вызывает протест и ведет к ухудшению, а не улучшению состояния. Нейтрализовать действие внушения может и тревожное ожидание родителями его результатов, выражение недоверия к позитивным изменениям в самочувствии и поведении ребенка. Поэтому предварительное разъяснение им механизма действия внушения как наиболее целесообразного в данном случае психологического средства лечения не менее важно, чем проведение его самому ребенку.

Основная задача внушения состоит в изменении и устранении невротических реакций, возникающих под влиянием сверхсильных психогенных раздражителей. К ним относятся недлительно протекающие реакции страха, невротическое заикание, мутизм, афония, амавроз и другие зафиксированные функциональные расстройства тех или иных анализаторов. Внушение наяву показано также при невротических реакциях, возникающих по условно-рефлекторному механизму, например при навязчивых страхах, тиках, заикании, нарушениях сна, психосоматических нарушениях типа бронхиальной астмы, симптомах истерического круга, мастурбации. Успешно его применение при невротическом энурезе и энкопрезе.

За редкими исключениями внушение неэффективно при невротических развитиях, диффузном чувстве беспокойства, невротических депрессиях, истерических рентных установках, сосании языка и пальцев, грызении ногтей. Внушение не устраняет нарушенные отношения больных и внутренний конфликт, но может быть полезным в плане коррекции некоторых черт характера и создания большей уверенности в себе. Внушение не действует, если ребенок не понимает его смысла, и оказывает слабое действие при низкой побудительной активности, выраженной возбудимости или заторможенности, при сопутствующей неврозу резидуальной церебрально-органической недостаточности и астении вследствие чрезмерных перегрузок. Во всех этих случаях низкая концентрация внимания и ослабленный тонус препятствуют фиксации внушения и мобилизации ресурсов организма. Поэтому оно становится целесообразным после уменьшения остроты аффективных расстройств, укрепления соответствующих систем организма и снятия перегрузок. Иначе суггестивная терапия превращается в борьбу с ветряными мельницами, дискредитируя себя в представлении больного и врача.

Известная осторожность необходима при использовании императивных и сложных внушений у детей со слабым типом нервной системы, сниженной реактивностью, невропатией, соматически ослабленных и в то же время обладающих повышенным чувством ответственности. В этих случаях оно может оказаться сверхсильным раздражителем и вместе с требованиями, лежащими в его основе, привести не к ослаблению, а к временному усилению таких психомоторных нарушений, как тик, заикание, энурез.

Полный эффект от внушения чаще отмечается в дошкольном возрасте, частичный — в подростковом. При продолжительности заболевания 3 года и больше внушение в целом менее эффективно, чем при длительности заболевания до 3 лет. Вне зависимости от этого внушение у мальчиков достоверно чаще приводит к положительному (в той или иной степени) эффекту, чем у девочек. Это связано не с внушаемостью, которая практически одинакова, а с более выраженным деструктивным характером расстройств у девочек.

В процессе психотерапии не меньшее значение, чем само внушение, имеет внушаемость больного. Более того, внушение существует лишь постольку, поскольку есть внушаемость. Последняя как индивидуальная восприимчивость к внушениям может зависеть не только от личности врача, его действительных качеств, но и от того, каким он представляется больному. Если эти представления соответствуют его ожиданиям, то внушаемость может быть более высокой и наоборот. Ее обычный уровень свидетельствует не о слабости, а о гибкости, пластичности психических процессов, в то время как низкий уровень внушаемости может указывать на их ригидность. В большинстве случаев низкая внушаемость является следствием отрицательного отношения к врачу и лечению. Она несколько повышается при первых встречах с врачом и затем снижается за счет возрастания активности самих больных и улучшения их состояния. Для успеха психотерапии важно вовремя использовать пик лечебной внушаемости.

В 1979 г. нами был проведен эксперимент по изучению внушаемости у детей и подростков 3—16 лет без нервно-психических нарушений. Первоначально в нем участвовало 1212 испытуемых, но после отсева испытуемых, квалифицируемых воспитателями и учителями как нервные, в экспериментальной выборке остались 998 испытуемых, из них 465 мальчиков и 533 девочки. Процедура исследования заключалась в проведении стандартизированного индивидуального интервью, в ходе которого выяснялись преимущественная ориентация на самооценку, оценку другими (сверстниками и взрослыми) или смешанную оценку, а также желание стать старше или младше либо расти как есть. Дополнительно учителя оценивали успеваемость и адаптированность учащихся в коллективе, а воспитатели отмечали упрямство у дошкольников. Затем проводились пробы на внушаемость в области органов чувств: обоняния (внушение несуществующего запаха лекарства), осязания (внушение чувства тепла на одном участке тела после прикосновения к коже в другом месте и внушение того, что одна из пробирок более теплая), слуха (внушение несуществующего звука, идущего из «специального прибора»). Экспериментатор был для испытуемых незнакомым лицом. Внушающим значением обладала главным образом сама информация, содержащаяся в словесной инструкции, а не искусственно создаваемая тональность речи. Испытуемым предоставлялась возможность выбора

решения. Например, инструкция в одной из проб заканчивалась так: «...если ты почувствуешь запах лекарства в одной из пробирок, то скажешь, что есть запах, если ты не будешь чувствовать запаха лекарства, то скажешь, что нет запаха». Таким образом, внушение не носило императивного характера, а было приближено к естественным условиям взаимодействия взрослых с детьми и подростками. Исследование завершалось у школьников заполнением опросника, анализ которого позволял уточнить такие стороны личности испытуемых, как воображение, категоричность суждений, тревожный, «магический» и депримируемый настрой.

Анализ результатов эксперимента показывает, что внушаемость как личностно детерминированный процесс безусловного принятия задаваемой извне информации в том или ином виде присуща большинству обследованных детей. Наряду с отсутствием связи между внушаемостью и нервностью, тревожностью, страхами и депримируемым настроением это указывает на ее естественный, физиологический, а не патологический характер.

Отсутствие различий во внушаемости у мальчиков и девочек подчеркивает ее универсальный характер, как одной из форм адаптивного личностного взаимодействия с окружающей социальной средой.

Больше всего внушаемых выявлено в 8—10 лет (пик в 10 лет). Это обусловлено переломным этапом в развитии самосознания, когда, по данным проведенного нами опроса, в 8—10 лет большее значение начинает приобретать сочетание собственного мнения с мнением других о себе, чем, как это было раньше, каждого из этих мнений в отдельности. Поскольку человек как личность не может значить для себя без значимости его для других, то это увеличивает его восприимчивость к согласованным оценкам во взаимодействии с другими (в том числе экспериментатором), одним из выражений которой и является внушаемость. После 10 лет внушаемость имеет тенденцию к постепенному уменьшению в результате появления все большей критичности и самоконтроля, т. е. личностно детерминированного процесса условного принятия задаваемой извне информации.

Внушаемость у мальчиков в большей степени, чем у девочек, воспроизводит потребность признания себя среди других с целью достижения личностно приемлемого социального статуса. У девочек большое значение имеет ее эмоционально-личностный аспект. У них «магическая» настроенность (вера в необычные, сверхъестественные явления) существенным образом ($p < 0,05$) влияет на внушаемость.

У мальчиков и у девочек чувствительность к внушающему воздействию в области слухового анализатора достоверно ниже ($p < 0,001$), чем в области обоняния и осязания.

Внушаемость у дошкольников достоверно уменьшается ($p < 0,001$) при упрямстве — ригидной ориентации на свою точку зрения. Она не зависит от уровня школьной успеваемости, степени социально-психологической адаптации, выраженности воображения и категоричности высказываний.

Внушаемость при неврозах изучена у 132 детей и подростков. Усредненная по всем пробам внушаемость при неврозах в 8—9 лет отмечена в 66% случаев, в норме — 70%. В 11 — 12 лет она несколько выше (72%), чем в норме (57%). По такой часто употребляемой пробе, как внушение несуществующего запаха, различия отсутствуют полностью. В области осязания и слуха внушаемость несколько выше при неврозах, чем в норме, особенно в 11 — 12 лет. Таким образом, доказано, что внушаемость при неврозах или не отличается от нормы, или незначительно выше ее.

Внушаемость различается при разных клинических формах невроза. Наименее она выражена при истерическом неврозе вследствие эгоцентрической фиксации. В большей степени внушаемость проявляется при неврастении и достоверно выше по сравнению с истерическим неврозом при неврозе навязчивых состояний и неврозе страха.

Кроме перечисленных проб, мы используем и ряд других. Так, у школьников для определения внушаемости применяется процедура неврологического обследования. В позе Ромберга больному указывается, что его потянет вперед. Происходящий при этом произвольный наклон говорит о внушаемости. Данная проба наиболее выражена при неврозе страха (82%) и обсессивном неврозе (75%), менее — при неврастении (51%) и при истерическом неврозе (42%). Игровая методика «кегли»

также применяется для определения внушаемости в плане восприятия больным эмоций врача, его движений, специальных промахов и общего темпа игры. В этом случае уровень эмоциональной вовлекаемости (заражаемости эмоциями) выше при неврастении, ниже при истерическом неврозе, неврозе страха и особенно при обсессивном неврозе. В игре «кегли» отчетливо выявляется такая характеристика, как ригидность, определяемая по предпочтению однажды выбранного расположения кеглей, несмотря на различные и более целесообразные варианты их расстановки врачом. В наибольшей степени ригидность проявляется при неврозе страха, что еще раз подчеркивает выраженный при этом неврозе страх изменения «я» как отражения страха всего нового и неизвестного, включая процедуру эксперимента.

Различные стороны внушаемости суммируются в баллах в шкале внушаемости. Ее полная оценка становится возможной только после изучения анамнеза жизни, данных опроса родителей, поведения ребенка на приеме и приведенных выше проб. Вместе с тем мы видим, что внушаемость существенным образом зависит от характера используемых для ее определения проб.

Техника проведения внушения и его разновидности описаны нами ранее (Гарбузов В. И., Захаров А. И., Исаев Д. Н., 1977). Кроме прямого, применяется косвенное внушение, которое не осознается больным и вследствие этого не встречает противодействия. Его сущность заключается в создании суггестивной установки на возникновение лечебного эффекта в связи с приемом тех или иных лекарств или процедур. С целью подкрепления этой установки посредством самовнушения детализируется прием как общеукрепляющих и успокаивающих средств, так и процедур (прогулки, ванны, физиотерапия), подчеркивается важность этого для успеха лечения в целом. Косвенное внушение успешно прежде всего у больных с тревожно-мнительными чертами характера и повышенным чувством ответственности. Обычно это дети с неврозом навязчивых состояний. Им предписывается пунктуальный режим дня, определенное время вставания, зарядки, приема пищи, выхода из дома, приготовления уроков, приема лекарств, отдыха, отхода ко сну и т. д. Психотерапевтический эффект в данном случае основан на ритуальном предписании образа действий, что создает у больного чувство определенности, отвлекает от навязчивых действий и замещает ритуалы, мотивированные чувством страха.

Косвенным внушающим значением обладают определенное время визита, запрет других видов лечения, «обязывание» пациента типа «Когда ты придешь через месяц, то скажешь мне...», употребление врачом таких оборотов, как «Расскажи, как ты чувствуешь себя теперь», «Скажи, в чем тебе стало лучше», «Я запишу все, что ты скажешь» и т. д.

Частота сеансов внушения варьируется в зависимости от возраста и клинических особенностей. Чем меньше возраст и тяжелее состояние, тем чаще проводятся внушения. Для их реализации требуется определенное время, поэтому слишком частое применение может привести к появлению суггестивного «блока», когда психика пациента не в состоянии усвоить и переработать объем требований, лежащих в основе внушения. Тогда оно превращается в свою противоположность. Редкое использование внушения исключает подкрепление и нейтрализует его действие. Существенную роль приобретает определение оптимального интервала времени между первым и вторым сеансом внушения. Наблюдения показывают, что для школьников старше 10 лет предельный интервал составляет одну неделю, для детей 6—10 лет — 4—5 дней, а для детей 3—6 лет — 2—3 дня. Вопрос о частоте следующих сеансов решается в зависимости от динамики терапевтических изменений. Оптимальна такая частота внушений, при которой больной приходит каждый раз с улучшением.

Продолжительность курса суггестивной терапии относительно невелика, как правило, не больше нескольких недель. В этот срок в основном исчерпываются ее возможности. Среднее число внушений при неврастении составляет 2,6, при обсессивном неврозе — 2,5, при истерическом неврозе — 3,1. Но даже это небольшое число внушений исключает применение одинаковой формулы. Внушение всегда носит поэтапный и постепенно усложняющийся характер. После выполнения стоящих перед ним задач или при снижении интенсивности лечебных изменений необходимо своевременно перейти к другим методикам психотерапии, преимущественно игрового и разъясняющего плана и гипнотерапии.

Гипнотерапия.

Гипноз издавна находит свое применение при лечении неврозов. По И. П. Павлову (1951), гипноз как переходное состояние от сна к бодрствованию представляет собой искусственно вызванное защитное торможение. Н. А. Аладжалова, В. Е. Рожнов, С. Л. Каменецкий (1976) видят в этом торможении особую форму переработки информации, отличную от сна и бодрствования.

Гипнотерапия с практической точки зрения, осуществима у детей после 4 лет. В более раннем возрасте не всегда удается получить гипнотическое состояние, и требуется длительная психологическая подготовка больного. Это не исключает отдельных благоприятных результатов использования гипнотерапии в более раннем возрасте, особенно при переходных состояниях между сном и бодрствованием в часы естественного для ребенка дневного сна. Во всех случаях необходимы определенная концентрация внимания на содержании гипнотических внушений и понимание их смысла. У детей младшего возраста сеанс проводится в присутствии матери, которая «убаюкивает» ребенка, в то время как врач соответственно ее тону произносит понятные для ребенка слова внушения. На эффективность гипнотерапии влияют многие факторы. Кроме профессиональных знаний, имеют значение особенности личности врача. Речь идет не о «магическом» влиянии, существующем только в представлении пациента, и даже не о более выраженном биополе у некоторых гипнотерапевтов. Главными являются вера самого врача в возможности гипнотерапии, профессиональное умение и соответствие его поведения образу, созданному воображением больного, его надежде и вере в излечение. Оставаясь в пределах «условной реальности», гипнотерапевт не должен чрезмерно развивать или устранять эти представления, так как они являются необходимой предпосылкой успешности лечения.

Недоверие и отрицательное отношение к гипнозу нередко говорит о паранойяльных и тревожно-мнительных чертах характера самого больного, его родителей и некоторых специалистов. Иногда родители требуют использования только гипнотерапии, которая ожидается как «чудо», способное мгновенно вылечить ребенка и изменить его характер в удобную для них сторону. Нередко за подобным отношением скрываются стремление избежать ответственности за возникновение заболевания у ребенка, авторитарность или невротическое состояние. Если врач идет навстречу требованиям родителей, то встречает негативное отношение ребенка, для которого гипнотерапия в этом случае является эквивалентом родительского наказания. Родители же считают отсутствие результатов лечения следствием недостаточной квалификации врача, на которого перекладывают ответственность за создавшееся положение и свои нерешенные проблемы. В этих условиях врач оказывается для семьи в роли «козла отпущения». Подобный завышенный уровень притязаний родителей необходимо корректировать заранее, подчеркнув, что гипнотерапия — это прежде всего средство укрепления организма, повышения тонуса и защитных сил, создающее необходимые предпосылки для выздоровления. Не даются обещания вылечить больного к определенному дню и сеансу, так как у него может развиваться страх не оправдать ожиданий и требований врача, что само по себе способно нейтрализовать эффект гипнотерапии. Указывается на возможность проведения при необходимости еще нескольких менее продолжительных курсов гипнотерапии, которые позволят не только закрепить достигнутые результаты, но и развить их, использовав возросшие потенции организма. Практика показывает, что родители, которые требуют гипноза для своих детей, часто нуждаются в нем сами, поэтому им оказывается необходимая медикаментозная и психотерапевтическая помощь, включая параллельный курс гипнотерапии.

Некоторые дети и взрослые боятся гипноза, который представляется как нечто способное изменить их личность, трансформировать «я». В более широком плане это говорит о страхе гетероуправления, принуждения, психологического заражения, имеющего в своей основе невротический страх изменения «я». Отсюда следует и страх глубокого гипноза со сноподобным изменением сознания. Данный страх выражается в боязни заснуть и не проснуться, в чем отражается не только страх смерти, но и страх потерять во сне «я», свою самостоятельность и свободу, т. е. проснуться и быть другим, не таким, каким бы хотелось быть. Как правило, лица, боящиеся гипноза, плохо засыпают вечером, опасаясь кошмарных сновидений, в

которых они бессильны перед лицом надвигающейся опасности. Всем этим объясняются иногда встречающиеся трудности вхождения в гипнотическое состояние, но именно благодаря этим трудностям удастся уменьшить страх изменения «я», поскольку десенсибилизирующим значением обладает неоднократно воспроизводимый «гипнотический опыт» пациента, выступающий как модель нового, но принципиально обратимого и, главное, лечебного состояния.

Осложняет гипнотерапию беспокойство больного, особенно если оно проявляется страхами отделения от матери, одиночества и темноты. Подобные страхи корректируются до гипнотерапии. Кроме того, сами сеансы, проводимые без матери и в затемненном помещении, выступают в качестве средства, ослабляющего страх. Препятствуют гипнотерапии заторможенность больного, отсутствие веры в себя и пессимизм. Эти нежелательные явления должны быть устранены в процессе предварительной индивидуальной психотерапии. То же относится и к снятию остроты психомоторной возбудимости и гиперактивности, так как в противном случае вынужденное ограничение движений во время сеанса создает напряжение и препятствует усвоению внушения. У подростков возможно сопротивление лечению или пассивность, если гипнотерапия применяется слишком рано, заменяя общение с врачом и обсуждение проблем.

Гипнотерапия неэффективна не только при выраженном страхе гипноза, но и при протопатической тревоге, агрессивности, невротических, и патохарактерологических развитиях. Она противопоказана при наличии истерических проекций и рентных установок, склонности к конфабуляциям и гипнагогическим галлюцинациям.

Успешность гипнотерапии зависит не только от активности больного в процессе лечения, психофизиологических ресурсов его организма и профессионального опыта врача, но и от выполнения последним ряда предварительных условий, важнейшее из них заключается в том, чтобы применять гипнотерапию только после уменьшения остроты невроза, актуальности невротического конфликта и, насколько это возможно, предварительного укрепления ослабленных сил организма. Поэтому она является заключительным этапом индивидуальной психотерапии. Исключением из данного правила являются острые невротические реакции, возникающие в результате сверхсильных психогенных раздражителей, в том числе психогенный мутизм, невротическое заикание, респираторные тики, выкрики, истерические расстройства в виде амавроза, анестезии, «комка» в горле, парезов и параличей. При этих нарушениях целесообразно как можно более раннее применение шокового внушения в состоянии релаксации или гипноза, что, наряду с другими методиками гипнотерапии, рассмотрено нами ранее (Гарбузов В. И., Захаров А. И., Исаев Д. Н., 1977).

В большинстве случаев гипнотерапия применяется после курса внушения наяву. Если эффект от него отсутствует полностью, то гипнотерапия может дать лишь частичный эффект, так как общим для обеих методик является внушение. Если же внушение наяву оказало «разрыхляющее» действие на невротическую симптоматику, то эффективность последующей гипнотерапии объясняется лучшей фиксацией внушения благодаря снижению в гипнозе критического восприятия больного, а также седативным и общеукрепляющим действием гипнотического состояния. Значительно более высокий эффект, чем от внушения наяву, наблюдается от использования гипнотерапии при астеноневротических состояниях и расстройствах сна. Более успешна гипнотерапия при неврозах с вегетативными нарушениями и психосоматических заболеваниях. При гипнотерапии неврозов, несмотря на отсутствие специальных внушений, нередко облегчается течение некоторых сопутствующих соматических заболеваний и реже возникают простудные заболевания. Все это указывает также на соматотропный спектр действия гипнотерапии, повышающей реактивность организма. Она целесообразна и при некоторых сопутствующих аллергических иммунных нарушениях, когда использование лекарств затруднено из-за идиосинкразических реакций.

Посредством внушения в глубоком гипнозе можно нейтрализовать травмирующее содержание некоторых кошмарных сновидений. Вначале внушается индифферентная, а затем эмоционально положительная тематика сновидений. Достигнутая модель желаемого поведения закрепляется в процессе последующих игровых занятий.

В глубоком гипнозе создаются необходимые предпосылки для устранения фобий, которые трудно воспроизвести в игре или рисунках. К ним относятся навязчивые

страхи ожидания, несчастья, заболевания, смерти и т. д. В серии сеансов больному внушается образ уверенного в себе человека. Полезно дополнительное внушение ночных сновидений, где больной видит себя свободным от страхов. Реализация этих сновидений является благоприятным прогностическим признаком. Окончательное устранение страхов достигается при последующих обсуждениях с больным и перестройке его отношений.

Гипноз создает благоприятные условия для тренировки на определенном этапе лечения некоторых функциональных систем организма, например для выработки условного рефлекса на чистую речь, произвольной регуляции дыхания при приступах бронхиальной астмы и т. д. Посредством гипнотерапии устраняется условно-рефлекторное действие патологических доминант, нормализуется сон, уменьшаются проявления церебральной астении и улучшается вегетативная регуляция организма.

Общесоматический и нейровегетативный спектр действия гипнотерапии объясняет ее эффект при сопутствующей неврозу невропатии. Можно даже утверждать, что чем более психологически детерминирован невроз, тем менее выражен эффект гипнотерапии, поскольку она не устраняет невротический конфликт и нарушенные отношения. Более того, при выраженном конфликте и попытках сгладить гипнотерапией актуальные личностные проблемы она заранее обречена на неудачу.

Транквилизаторы, назначаемые одновременно с гипнотерапией, могут улучшать вхождение в гипнотическое состояние, но замедляют выработку условных реакций на внушение, поэтому при наличии соответствующих показаний их лучше применять до или после нее.

Обоснованность применения гипнотерапии является залогом ее успешности.

Особый интерес для психотерапии представляет гипнокатарсис — выявление в состоянии гипноза ранее испытанных и впоследствии амнезированных переживаний. Он полезен в тех случаях, когда не удается раскрыть характер психической травмы, частично отражающейся в поведении больного, в содержании его сновидений и фантазий. Этически продуманное воспроизведение психической травмы в гипнозе не сопровождается прежней остротой переживаний ввиду зрительного характера ее восприятия, естественного «износа» в памяти, защитного реагирования больного и психотерапевтической обстановки проведения сеанса. Ослабленный характер повторных переживаний страха составляет основу лечебного, десенсибилизирующего эффекта гипнокатарсиса. Вскрытие базисного страха позволяет более направленно построить процесс последующей психотерапии и добиться в ней лучших результатов.

Использование гипнокатарсиса оправданно у некоторых больных с заиканием, начавшимся в первые годы жизни после шоковой психической травмы (испуга). Ее воспроизведение в гипнозе приводит к уменьшению связанного с ней страха. Последующее отражение выявленной психотравмы в игре и рисунках способствует ее полной дезактуализации в восприятии больных. Отсутствие страха в тех или иных ситуациях общения делает более успешной последующую работу над речью.

При проведении гипнокатарсиса возникает вопрос о том, в какой степени реализуется внушенная трансформация возраста. Опыт позволяет врачу дифференцировать возрастные различия в гипнозе на основании изменений голоса, мимических и поведенческих реакций. Однако это не всегда убедительно. С целью объективизации внушенного в гипнозе возраста мы провели эксперимент, в котором участвовало 10 подростков 14—15 лет, проходивших лечение по поводу логоневроза. В предшествующих сеансах была достигнута глубокая степень гипноза. Во время очередного сеанса подростку внушался возраст 6 лет, после чего психолог (А. Ю. Панасюк) проводил исследование его интеллекта по ABM—WISC, изображая воспитателя детского сада. Сеанс заканчивался внушением амнезии проведенной беседы. Через неделю интеллект исследовался вновь, но уже в обычной обстановке. Сравнение двух обследований показало, что в гипнозе ответы испытуемых соответствовали ответам детей 9—10 лет. Разница между этим и внушенным (6 лет) возрастом относилась главным образом к сфере вербального интеллекта. Следовательно, при гипнокатарсисе имеет место измененное восприятие больным своего возраста, которое частично соответствует внушенному.

Внушение актуальных ситуаций в гипнозе подтверждает взгляд на него как на защитное торможение. Проиллюстрируем это на примере хорошо гипнабельных больных 14—15 лет с логоневрозом. В двух первых группах, по 9 больных в каждой,

курс лечения только начинался, в четырех контрольных группах, по 8 больных, он был закончен несколько месяцев назад. В первых группах в середине сеанса внушались с 15-минутным интервалом две ситуации: в одной группе вначале ситуация «школа», затем «лес», в другой, наоборот, вначале «лес», затем «школа». Ситуация «школа» создавалась следующим внушением: «Сейчас по счету 1—2—3 каждый из вас будет находиться и школе и отвечать урок». Ситуация «лес»: «Сейчас по счету 1—2—3 каждый из вас будет находиться в лесу. Идет дождь. Вам холодно и неприятно». Через 2 минуты нахождения в воображаемой ситуации внушалось: «Теперь ничто не имеет значения, кроме глубокого лечебного сна. Спите глубоко, крепко». После 30-минутной паузы больные были выведены из гипноза. При индивидуальной беседе задавался вопрос: «Ты помнишь о том, что испытывал в гипнозе, или нет?» У 4 больных из 18 была полная амнезия. Остальные 14 указывали на зрительные образы, связанные с пребыванием в лесу. Например: «По-моему, я был как в лесу», «Снилось что-то вроде леса», «Было холодно», «Я попал под дождь» и т. д. В то же время никто из этих 14 больных не вспомнил о ситуации «школа». Следовательно, очередность внушения ситуаций не имела значения. Как можно объяснить полученные данные? Для больных с тяжелым заиканием и страхом перед ответами в классе школа представляла более выраженную психотравмирующую ситуацию. Поэтому она не была допущена в сознание, т. е. амнезирована. Ситуация «лес», несмотря на свое отрицательное эмоциональное звучание, подразумевает молчание, а не речевое общение и поэтому допускается в сознание.

У подростков контрольных групп речь была чистой или близкой к этому. Отсутствие заикания и страха перед ответами в школе привело к тому, что при аналогичном построении эксперимента у 8 из 32 подростков была полная амнезия на содержание внушений, остальные 24 в той или иной мере помнили обе внушенные ситуации.

Таким образом, экспериментально подтверждается существование у больных с неврозами неосознаваемо-защитного типа реагирования в виде недопущения в сознание наиболее травмирующих переживаний и тем самым наличие при гипнозе защитно-охранительной организации деятельности мозга.

Следует остановиться и на вопросе о гипнабельности. Гипнабельность, как и внушаемость, отражает ситуацию лечения и представляет собой нормальную физиологическую характеристику, в той или иной степени свойственную всем людям. За 20 лет работы с больными неврозами мы не видели ни одного случая так называемого патологического пристрастия к гипнозу. В процессе гипнотерапии отмечается ситуативное повышение гипнабельности в результате выработки условного рефлекса на гипноз. Оно возможно до определенного предела, после чего гипнабельность понижается именно вследствие привыкания. Кроме того, временное повышение ее проявляется только в условиях общения с врачом, проводящим лечение. При передаче больного другому гипнотерапевту гипнабельность заметно снижается, и необходимо известное время, чтобы она повысилась снова. Существенно и то, что при катamnестическом наблюдении обнаруживается более низкая гипнабельность, чем при активном курсе лечения.

Гипнабельность выше у здоровых, чем у больных неврозами, что связано с нарушением у последних бодрствования и сна, внимания, волевого сосредоточения, а также наличием возбудимости. В свою очередь, гипнабельность сравнительно выше у детей, быстро засыпающих и глубоко спящих, а также хорошо адаптированных, общительных, психически гибких и эмоциональных. К этому следует добавить, что дети, легко играющие со сверстниками, гипнотизируются всегда лучше, чем необщительные и замкнутые. Если расположить здоровых и больных детей и подростков в порядке убывающей гипнабельности, то получится следующий ряд: здоровые, соматически больные, больные с неврозами, психопатические личности, психически больные. Это подтверждает значение гипнабельности как своеобразного индекса психического здоровья.

Определить гипнабельность труднее, чем внушаемость. Несмотря на то, что она в известной мере есть физиологическое проявление внушаемости, эти понятия не всегда совпадают. Большинство из предложенных проб на гипнабельность отражают ее лишь частично и в большей степени говорят о внушаемости. О гипнабельности как таковой можно говорить, как правило, после возникновения у больных гипнотического состояния. До этого о ней можно судить по реакции на объяснение предстоящей процедуры гипнотизации и происходящих в гипнозе явлений. У хорошо

гипнабельных субъектов при этом появляются некоторые из описываемых признаков гипноза, в том числе расслабление рук, отяжеление и опускание век, выражение сонливости на лице и т. д.

Учитывая, что гипнотерапия состоит по крайней мере из нескольких сеансов, гипнабельность можно выявить в первом из них. Для этого больному предлагается отдохнуть некоторое время с закрытыми глазами. Допускаются движения и кратковременное открывание глаз. Указывается на возможное появление сонливости. После инструкции больной закрывает глаза и лежит 15—30 мин. в постепенно затемняемом кабинете. Состояние отдыха подкрепляется соответствующим внушением. Ближе к концу сеанса врач выходит из кабинета, что позволяет при возвращении увидеть спонтанные реакции больного. Сеанс заканчивается словами: «Сейчас можно открыть глаза. Чувствуешь себя легко и свободно». После этого больного спрашивают об испытанных ощущениях. В большинстве случаев уже во время первого сеанса появляются расслабление, чувство покоя и сонливости, т. е. начальные признаки гипноза. Подобные установочные сеансы применяются в основном у дошкольников и младших школьников. У тревожных детей сеансы проводятся в присутствии матери, которая остается в гипнотарии, когда врач выходит из него. При достижении достаточной глубины гипноза присутствие матери не обязательно и ее заменяет медицинская сестра.

В ряде случаев при последующих сеансах отсутствуют признаки гипнотического состояния, что говорит о психологическом напряжении, обусловленном сопротивлением лечению. Беседа с больным помогает подтвердить это и учесть при дальнейшем построении гипносеансов. При выраженном сопротивлении принимается решение временно воздержаться от гипнотерапии ввиду психологической неподготовленности больного и использовать другие методики. В нашей практике подобные случаи составляют исключение, поскольку, как уже отмечалось, гипнотерапия применяется в конце индивидуальной психотерапии, когда врач хорошо знает больного.

Психологическое обрамление сеанса гипноза выполняет роль своеобразного ритуала, повышая действенность гипновнушения. Здесь и обязательность посещения врача вместе с родителями, и предварительная индивидуальная беседа с больным, фиксированное время начала сеанса, смена уличной обуви, наличие снаружи светового табло: «Тишина, идет сеанс гипноза», реостат внутри гипнотарии для постепенного уменьшения интенсивности освещения, удобные топчаны, ожидание начала сеанса, присутствие других больных, в состоянии которых уже произошло улучшение, и т. д. Все это, а также спокойствие врача, его доброжелательность и уверенность создают особую психологическую атмосферу гипносеанса, которая, как и само гипнотическое состояние, действует именно своей необычностью, повышая тем самым терапевтическую внушаемость больного.

Введение в гипноз осуществляется воздействием на слуховой, зрительный и кожный анализаторы. При словесной технике гипнотизации больному предлагается самостоятельно или по счету закрыть глаза и внимательно слушать врача, который внушает ощущения, испытываемые при засыпании. Преимущество этой техники в ее несложности и возможности гипнотизации в группе.

При комбинированном воздействии на зрительный и слуховой анализаторы больному предлагается смотреть на блестящий шар, неврологический молоточек или в глаза врачу. При этом внушаются появление чувства тяжести в веках, их опускание и закрывание. Последующие внушения усиливают явления сонливости. Преимущества данной техники — индивидуализация и меньшая затрата времени. В то же время ввиду ее большой сложности требуется определенный навык врача. Как дополнительный прием используется воздействие на кожный анализатор в виде прикосновений и поглаживаний руки, а также воздушных пассов над лицом больного.

Существует три степени гипноза, для которых патогномичным признаком является мышечное расслабление, воспринимаемое как чувство тяжести. При первой степени гипноза расслабление незначительно и происходит в основном в области конечностей; при второй и третьей степени оно имеет выраженный характер и может проявляться в падении приподнятой руки. Ее «застывание» — каталепсия — не является обязательным признаком второй и третьей степеней гипноза, так как встречается в единичных случаях. То же можно сказать и в отношении изолированного раппорта, который рассматривается как речевой контакт

загипнотизированного только с врачом. Фактически даже глубоко загипнотизированный отвечает на вопросы всех присутствующих лиц. В большинстве случаев изолированный раппорт является следствием прямого или косвенного внушения.

При любом способе гипнотизации в первых сеансах необходимо соблюдать ряд условий. До сеанса больные настраиваются на возможно более полный отдых с указанием на необязательность сна, что снимает их волнение по поводу невозможности заснуть или страха не проснуться. То же самое объясняется родителям. При внушениях исключаются слова «сон» и «гипноз». Использование этих слов возможно при уверенности в возникновении выраженного гипнотического состояния. В противном случае больные, особенно подростки, несмотря на наличие легкого гипнотического состояния, считают, что если они не спали, то у них «не было гипноза» и, следовательно, воздействие врача было неэффективным.

Цель первых сеансов состоит в достижении не максимальной глубины гипноза, а гипнотического состояния вообще как условия для реализации лечебных внушений. Большинство неудач начинающих психотерапевтов заключается в стремлении добиться во время первого сеанса глубокого гипноза, что нередко превышает реальные возможности больного и создает у него ощущение несоответствия между внушаемым и испытываемым, напряжение и самопроизвольный выход из гипнотического состояния. Кроме того, не у всех больных удается достичь глубокого гипноза даже в последующих сеансах, несмотря на выраженную внушаемость и гипнабельность.

Интенсивность гипнотического воздействия зависит от индивидуальных и возрастных возможностей больных, а также динамики развития гипнотического состояния в период сеанса. Посредством внушений вначале реализуются установки, сделанные больному до сеанса (например, чувство отдыха и расслабления), затем они развиваются до ожидаемых в данном сеансе результатов (чувство сонливости). Успешность реализации внушения зависит от опыта и искусства врача. В первых сеансах оно в основном направлено на получение гипноэффекта, т. е. на развитие гипнотического состояния. В последующих сеансах по мере увеличения глубины гипноза (в пределах второй степени) постепенно уменьшается объем подкрепляющих гипноз внушений и увеличивается объем терапевтических внушений. При значительном объеме обоих видов внушения больному трудно их усвоить и дифференцировать. Терапевтические внушения более действенны, когда они отделены паузой от подкрепляющих внушений. Вне зависимости от содержания внушений степень их мотивации находится в обратном соотношении с глубиной гипноза. При первой степени гипноза применяются мотивированные внушения, передаваемые в настоящем времени, в то время как при третьей степени они имеют преимущественно императивный характер с использованием прошедшего времени.

Эффективность терапевтических внушений обычно увеличивается по мере углубления гипноза вследствие их лучшей фиксации и эффекта постгипнотического действия. Они проводятся при максимальной глубине гипноза, не ранее 30—40 минут от начала гипнотизации при продолжительности сеанса 75—80 минут. После вывода из гипнотического состояния больному необходимо дать возможность полежать несколько минут, что делает переход к бодрствованию более естественным.

При гипнотерапии, как и при внушении наяву, следует учитывать особенности динамики лечебных изменений, что позволяет уточнить патогенез некоторых функциональных нарушений при неврозах. Так, происходящее под влиянием гипнотерапии ослабление тика, заикания, энуреза и энкопреза сопровождается повышением возбудимости, двигательной активности и нередко агрессивности, заострением упрямства и негативизма по отношению к родителям. Это указывает на выявление аффективно-возбудимого уровня невротического реагирования, вскрытие и отреагирование внутреннего конфликта. Клапаном для отреагирования эмоционального напряжения ранее являлись непосредственно сами психомоторные реакции. В таких случаях мы советуем родителям учесть временный характер повышенной возбудимости больного, желательность дополнительной психомоторной разрядки в прогулках и подвижных играх.

Постепенное понижение возбудимости больных усиливает их беспокойство, нередко актуализирует страхи одиночества и смерти. Агрессивность, упрямство и негативизм сменяются тем, что дети начинают «цепляться» за родителей, не

остаются одни дома, становятся без повода беспокойными и тревожными, т. е. вскрывается более глубокий уровень невротического реагирования, обусловленный ранним психотравмирующим опытом разлук и тревог. В этом случае от родителей требуются особое внимание к происходящим изменениям в состоянии детей, большая теплота и чуткость.

При продолжении гипнотерапии беспокойство смягчается и на первый план выступают эмоциональная лабильность и сензитивность в виде заострения эмоциональной чувствительности, ранимости, жалостливости и плаксивости, т. е. наблюдается как бы возврат на более раннюю ступень эмоционального развития — в тот жизненный период, где возникли первичные невротические, в своей основе эмоциональные, расстройства. Обнажение базального, аффективно-сензитивного уровня невротического реагирования, происходящее в процессе суггестивной психотерапии, показывает в обратной последовательности патогенез невротических нарушений, схематично выражаемый следующим образом: сензитивность — эмоциональная лабильность — беспокойство — внутренний конфликт — аффективная напряженность — психомоторные невротические нарушения.

Рассмотренная динамика гипнотерапии происходит в течение 1,5 — 2 мес. при двукратном посещении в неделю. При внушении наяву подобные изменения происходят за менее продолжительный период. Внимательное наблюдение за динамикой лечебных изменений и гибкая тактика врача улучшают результаты гипнотерапии. При достижении исходного, аффективно-сензитивного уровня невротического реагирования необходимо перейти к другим методикам психотерапии, например вернуться к ее игровым и разъясняюще-коррекционным формам, наполнив их новым содержанием. Если требуется более активная перестройка отношений и неблагоприятных черт характера, то используется групповая психотерапия.

Какой способ введения в гипнотическое состояние предпочтителен? На этот вопрос весьма непросто ответить, так как в большинстве случаев используется преимущественное воздействие либо на слуховой, либо на зрительный анализатор. В последнем случае речь идет, по существу, о комбинированном способе гипнотического воздействия, поскольку фасцинация (фиксация взора гипнотизируемого на блестящем предмете или зрачках врача) подкрепляется при первых сеансах краткой словесной формулой внушения. Известны данные И. В. Стрельчука (1966), который еще в 1953 г. установил более быстрое и эффективное достижение гипнотического состояния путем первичного воздействия на более тормозимую сигнальную систему. Подобным образом у лиц художественного типа гипноз легче достигается воздействием на слуховой, а у лиц мыслительного типа — на зрительный анализатор.

С целью сравнения эффективности двух наиболее распространенных способов гипнотизации мы провели в 1979 г. эксперимент, в котором участвовало 259 здоровых подростков 10—15 лет (средний возраст 12,5 лет). Эксперимент проводился в вечернее время в пионерских лагерях и ревматологическом санатории. Его цель объяснялась испытуемым как изучение возможностей управления процессом засыпания. Вначале они заполняли специальную анкету, затем определялась их внушаемость по обнаружению несуществующего запаха лекарства в одной из пробирок, после чего проводился сеанс гипноза. Гипнотизация в каждой из палат осуществлялась поочередно или воздействием на слуховой анализатор, когда испытуемые сами закрывали глаза и им внушались признаки гипноза, или комбинированным способом воздействия на зрительный и слуховой анализаторы. В дальнейшем для краткости будем обозначать эти способы гипнотизации как вербальный и фасцинацию. После выведения из гипноза испытуемые опрашивались индивидуально об ощущениях во время сеанса. По специальной шкале выводился средний балл глубины гипноза, который расценивался как критерий эффективности того или иного способа внушения признаков гипноза, т. е. успешности гипнотизации в целом.

Статистическая обработка данных эксперимента показала, что внушаемость мальчиков и девочек практически одинакова (соответственно 44 и 42% положительных проб). Как и в предыдущем эксперименте, выполненном на другом контингенте, внушаемость и нервность не связаны между собой. Наличие гипнотического состояния отмечено у 93% мальчиков и 88% девочек, т. е. их

гипнабельность практически не имеет различий. Заслуживает внимания, что она выявляется в 2 раза чаще, чем внушаемость, которая, таким образом, имеет более избирательный характер. Степень гипнабельности (глубины гипноза) статистически достоверно ($p < 0,001$) уменьшается от 11 к 14 годам. Нервность (по оценке педагогов) не влияет на гипнабельность.

Установлено, что у мальчиков способ гипнотизации не влияет на степень их гипнабельности (глубины гипноза), в то время как у девочек вербальный способ гипнотизации статистически достоверно ($p < 0,05$) повышает ее степень.

Внушаемость достоверно увеличивает гипнабельность у мальчиков и у девочек только при фасцинации, т. е. она усиливает гипнотический эффект взгляда. Следовательно, фасцинация всегда предпочтительнее при гипнотизации внушаемых субъектов, чем вербальный способ. Если мальчики и девочки не только внушаемы, но и «магически» настроены, то фасцинация также ведет к большей глубине гипноза, чем вербальный способ гипнотизации. У мальчиков эти различия статистически достоверны ($p < 0,01$). У них при фасцинации достоверно увеличивает гипнабельность и такая личностная переменная, как воображение ($p < 0,05$).

Таким образом, эффект внушения признаков гипнотического состояния зависит от способа гипнотизации, пола испытуемых и ряда личностных переменных. По сравнению с вербальным методом гипнотизации фасцинация — более психологически детерминированный метод. В первую очередь это относится к мальчикам и объясняется наличием у них не только «магического» настроения, но и концепции «магического взгляда», т. е. наделяния пристального взгляда необычным, оказывающим особое действие значением, что находит свое отражение в процедуре гипнотического внушения посредством фасцинации. Соответствие метода гипносуггестивного воздействия установкам на его действенность приводит к возникновению психологического резонанса, обладающего высокой эмоционально запечатлевающей и аутосуггестивно-гипнотической активностью. Помимо этого, психологический эффект действия фасцинации у мальчиков с развитым воображением может быть связан и с более конкретной персонификацией «магического взгляда» по типу «отцовского взгляда» как исторически сформировавшегося символа безусловного подчинения и авторитета.

В заключение остановимся на некоторых вопросах эффективности гипнотерапии. Обычно от нее ждут гораздо больше, чем она может дать на самом деле. В этом случае неизбежны рецидивы и разочарование как со стороны врача, так и со стороны больного. Кроме того, часто бывает недостаточным количество сеансов, когда лечение обрывается сразу после получения первых положительных сдвигов, в то время как необходимо провести почти такое же количество сеансов для закрепления полученных результатов. Снижает эффект гипнотерапии и отсутствие ее повторных, пусть даже и более кратких, курсов, которые нужны скорее как профилактическое средство, чем как средство последнего выбора. Поэтому в большинстве случаев гипнотерапия состоит из нескольких курсов, проводимых в течение одного или двух лет. Значение этого подчеркивается тем, что эффект первого курса гипнотерапии, как и внушения наяву, уменьшается по мере увеличения длительности заболевания (по данным сравнения эффективности гипнотерапии при длительности невроза до 3 лет и более).

Среднее число сеансов первого курса гипнотерапии при двукратном посещении в неделю и продолжительности сеанса 75 мин. составляет при неврастении — 13,3 (1,5 мес. лечения), при истерическом неврозе — 10,0 (около 1 мес.), при неврозе навязчивых состояний — 15,3 (2 мес.). Наиболее активное увеличение глубины гипноза происходит в первые сеансы (в среднем до 6-го сеанса), затем оно замедляется и с 13-го сеанса практически отсутствует. Динамика лечебных изменений не всегда параллельна увеличению глубины гипнотического состояния, но последнее уже само по себе говорит об укреплении нервной системы и является благоприятным прогностическим фактором.

Единственное нежелательное явление при гипнотерапии — это превращение ее в своеобразный ритуал, когда больной посещает врача только потому, что сеансы временно уменьшают его чувство беспокойства и неуверенности в себе. В таком случае гипнотерапия является лишь средством психотерапевтического подкрепления. Несмотря на то что это отчасти помогает больному, нужно вовремя и тем самым с меньшими затратами сил использовать другие, более целесообразные в данном

случае методики психотерапии. Не менее важно обеспечить индивидуальный контакт во время гипнотерапии, поскольку она иногда представляется как нечто безличное и как отчуждение от врача. Эти отрицательные эмоциональные реакции могут свести на нет уже достигнутые результаты.

Сеансы не прекращаются сразу после достижения и закрепления лечебных изменений, а постепенно урежаются и проводятся через неделю, две недели, месяц и т. д. Если использовалась фасцинация, то она постепенно заменяется все более краткой вербальной гипнотизацией по типу гипноза-отдыха, воспроизводящего естественный способ снятия усталости и восстановления сил. У подростков к этому могут быть подключены отдельные элементы аутотренинга, что улучшает саморегуляцию и активность в преодолении жизненных трудностей.

Опрос больных и их родителей после окончания курса гипнотерапии показывает, что в первую очередь она приводит к нормализации или существенному улучшению процессов засыпания и сна (93% наблюдений), что еще раз подчеркивает физиологическую природу гипноза как сноподобного состояния. Ослабляется основная, наиболее беспокоящая больного невротическая симптоматика (85% наблюдений). Укрепляется эмоциональный тонус, выравнивается настроение, уменьшаются проявления церебральной и соматической астении (соответственно от 70 до 78% наблюдений). Менее активно гипнотерапия влияет на сензитивность (58% улучшения).

Эффект гипнотерапии не имеет существенных различий у мальчиков и девочек, в отличие от внушения наяву, которое достоверно более эффективно у мальчиков. Выздоровление достоверно чаще наблюдается у дошкольников, что связано с меньшей продолжительностью их заболевания по сравнению со школьниками. В целом же гипнотерапия (выздоровление и улучшение) более успешна в школьном возрасте.

Аутогенная тренировка применима только в старшем подростковом возрасте, и форма ее проведения мало отличается от классической аутогенной тренировки взрослых. Поэтому на ней мы не останавливаемся.

Глава 7. Групповая психотерапия.

Групповая психотерапия завершает семейную в индивидуальную психотерапию, повышая их действенность в приближенных к реальности условиях общения со сверстниками. Предварительными условиями групповой психотерапии со стороны родителей являются улучшение семейных отношений и снятие остроты их невроза, а со стороны больного — заинтересованность в результатах лечения, смягчение невротического состояния, доступные возрасту осознание и разрешение в основных чертах внутреннего конфликта.

Успешность этой методики лечения зависит от профессиональной подготовки врача и его личностных качеств, условий проведения психотерапии, правильного подбора больных, оптимальной тактики руководства группой. Подготовка врача требует соответствующих знаний в области психиатрии, психотерапии и социальной психологии и включает опыт педагогической и игровой работы с детьми, знакомство с имеющейся практикой групповой психотерапии.

Врачу необходимо уметь объединять детей для выполнения поставленных задач и устранять у них излишнее напряжение. В то же время ему нужно быть достаточно мягким, чтобы создавать в группе атмосферу безопасности и принятия, и не только идти навстречу активности детей, но и уступать им в некоторых вопросах.

Групповая психотерапия проводится в амбулаторных или стационарных условиях. В амбулаторных условиях курс лечения осуществляется без отрыва от повседневной жизни детей, что дает возможность непосредственно проследить его результаты и подключить к нему при необходимости родителей, т. е. провести групповую семейную психотерапию.

Психотерапия в стационарных условиях оправдана при тяжелом течении неврозов, наличии сопутствующей соматической отягощенности, неразрешимых семейных конфликтах в асоциальном поведении взрослых членов семьи. Тем не менее некоторые дети аффективно-ранимо реагируют на временную разлуку с родителями и

не могут адаптироваться в больнице, что осложняет лечение и подчас делает его безуспешным. В этом случае целесообразно проведение лечения в дневном стационаре. Совместная психотерапия с родителями возможна только в амбулаторных условиях.

Групповые занятия могут проводиться в большом врачебном кабинете, зале для лечебной физкультуры или конференций. Если имеется специальное помещение, оно оформляется для дошкольников по типу игровой комнаты детского сада. На стеллажах и коврикe находятся куклы и маски, изображающие людей и сказочных персонажей, игрушечные предметы домашнего обихода, макеты домиков, деревьев, различный материал для построек, рисования и лепки. Стены украшены рисунками детей. На одной из них укреплено несколько больших зеркал. У школьников в игровом помещении поставлены парты, доска для письма, т. е. воспроизводится обстановка учебного класса. На заключительных этапах групповой психотерапии с целью самонаблюдения парты располагаются перед заменяющим доску зеркалом. Использование одного и того же помещения для занятий облегчает возникновение терапевтической атмосферы в группе.

Некоторые врачи считают препятствием для проведения групповой психотерапии отсутствие специально выделенного времени. Однако даже группа из 6 больных позволяет, не нарушая существующих норм приема, провести с ними часовое занятие.

Другим существенным фактором успешности групповой психотерапии является правильный подбор больных с учетом клинических и психологических показаний, которыми для групповой психотерапии являются характерологические и аффективные нарушения, возникшие или заострившиеся при длительном течении невроза, создающие проблемы в межличностных отношениях и препятствующие выздоровлению в процессе индивидуальной психотерапии. К ним можно отнести неадекватный уровень притязаний, эгоцентризм, неустойчивость самооценки, неверие в себя и свои возможности, излишнюю застенчивость, скованность и неуверенность в общении, тревожно-мнительные черты характера, зафиксированные в прошлом опыте фобии и т. д.

Приведем ряд высказываний родителей о проблемах детей перед началом групповой психотерапии: «Неумение контактировать в обществе детей больше одного. Ревность, истерика, страх, отказ играть со сверстниками, если присоединяется кто-нибудь еще». «После первого занятия была в гостях у друга, который отказался с ней играть. Остро переживала измену, не могла найти место среди детей, была в страшном напряжении. Все это совпало с отъездом отца. Сильно переживая и заикаясь, рассказала мне, что девочки исключили ее из игры. Виновата я, это я два года отводила ее от ребят нашего дома, все ждала когда она перестанет заикаться». «Мнительна. Болези окружающих примеряет к себе, плохо переносит незначительные боли и недомогания, при серьезной же болезни ведет себя мужественно».

Противопоказания для групповой психотерапии обусловлены отрицательным отношением больных к лечению, трудноконтролируемым поведением вследствие выраженной расторможенности, психомоторной нестабильности и агрессивности, сниженным интеллектом.

Цель групповой психотерапии состоит в восстановлении психического единства личности посредством нормализации ее межличностных отношений. Она достигается при успешном решении в группе задач личностной диагностики, терапии и обучения.

Личностная диагностика осуществляется в процессе наблюдения за взаимодействием детей в различных групповых ситуациях. В случае, когда в группе воспроизводится общение детей в жизни, его можно рассматривать как естественный эксперимент.

Собственно терапевтическая задача групповой психотерапии связана с эмоциональным отреагированием конфликтных ситуаций в группе и дезактуализацией угрожающих образов в сознании посредством их условного изображения в игре.

Снятие или уменьшение аффективно-тревожной напряженности в общении представляет необходимое условие для решения основной задачи групповой психотерапии — обучения, в которое входят обучение навыкам адаптивного

поведения, коррекция неблагоприятных черт характера и достижение более адекватной социализации.

Недостаточная эффективность групповой психотерапии нередко зависит от неудачного подбора больных, правильно же сформированная группа значительно повышает ее результаты. Наши наблюдения позволили выделить два ведущих критерия формирования группы: 1) разнообразие внутригрупповых связей при клинической и психологической совместимости ее участников; 2) закрытый характер группы и отсутствие больных, проходящих повторный курс лечения. Разнообразие внутригрупповых связей означает воспроизведение условий, напоминающих общение больных в жизни. В группу включаются дети с разной тяжестью заболевания, разным возрастом, полом, темпераментом, установками на коллектив и т. д. Тогда она, будучи моделью жизненных отношений, позволяет ее участникам адекватно отобразить свои проблемы и конфликты и найти оптимальные пути их разрешения.

В клиническом отношении совместимы больные с логоневрозом, неврастенией, неврозом навязчивых состояний. Группа из больных с истерическим неврозом может стать неуправляемой ввиду эмоционального расторможения и повышенных амбиций ее членов. Обычно дети с истерическим неврозом в небольшом числе включаются в группу, основу которой составляют больные с неврастенией. Больные с тиками (вне зависимости от их нозологической принадлежности) оказывают неблагоприятное индуцирующее действие на остальных, поэтому лучше заниматься с ними в отдельной группе. Как правило, тики устраняются в процессе предшествующей индивидуальной психотерапии. В группе не должны преобладать дети с тяжелым течением невроза, массивными органическими наслоениями и гиперактивностью, так как выраженная исходная психопатологическая отягощенность не позволяет успешно развить терапевтически направленные отношения. Желательно включать в группу несколько хорошо курабельных больных, создающих тем самым в ней определенный психотерапевтический настрой.

Психологическая совместимость в группе достигается постепенным подбором участников в процессе индивидуальной психотерапии, когда на прием одновременно назначаются несколько детей, что позволяет выявить совместимые игровые диалогические и триады и включить их в состав будущей группы. Подобный фрагментарный подбор группы облегчает ее последующую интеграцию ввиду наличия готовых «ядер сплочения».

Возрастные границы групп (4—5, 5—7, 7—9, 9—11, 11 — 14 лет) отражают одинаковый уровень социализации детей и позволяют использовать в педагогических целях возрастной пример. Число участников — в пределах малой группы (4 детей в 4—5 лет, 6 в 5—11 лет, 8 в 11 — 14 лет). Такой состав делает группу управляемой, предупреждает распад на изолированные подгруппы и препятствует дефициту ролей в игре. Кроме того, четное число членов группы способствует разделению на игровые пары и вовлечению всех в игру. Чем больше возраст детей, тем меньше ограничений в возрастном и количественном подборе группы.

Для реализации «терапевтического потенциала» группы и формирования коллективных отношений необходим не только хорошо подобранный состав больных, но и определенная длительность группового лечения, для того чтобы у ее участников возникли общие задачи, связанная структура отношений и статусная дифференциация. Это говорит о развитии структуры группы как социально-психологической системы. Непрерывность ее существования поддерживается оптимальной частотой встреч участников. При неврозах с нарушениями общения и личностными изменениями продолжительность групповой психотерапии составляет не менее 3 мес. при двукратных посещениях в неделю (24 занятия). Если подростки занимаются один раз в неделю, то продолжительность лечения соответственно увеличивается. Длительность отдельных встреч варьирует от 45 мин. у дошкольников до часа в 7—11 лет и 1,5 ч. у подростков, что позволяет разыграть ряд сложных сюжетов, провести обсуждение и избежать при этом утомления детей.

Процесс групповой психотерапии складывается из взаимно перекрывающихся четырех этапов: объединения детей в группу, рассказов, игры, обсуждения.

Объединение детей в группу начинается совместной и интересной для них деятельностью в виде экскурсий в музей, парк, кино, осмотра поликлиники и кабинетов, рисования, лепки, предметных игр, рассказов о книгах и увлечениях и т. п. После снятия напряженности, вызванной пребыванием в группе, врач раскрывает в

беседах общий характер проблем, стоящих перед ее участниками, доступно объясняет цель совместного лечения и выясняет мнение о его способах. При беседах в группе постепенно возникает атмосфера доверия и откровенности, эмоционально объединяющая ее участников. Они начинают делиться своими желаниями и тревогами, что нередко является единственной возможностью для их выражения. Терапевтический эффект высказываний обусловлен тем, что дети воспринимают группу как понимающую, сочувствующую и поддерживающую аудиторию, которая отвечает нереализованным ожиданиям принятия со стороны сверстников.

Объединяет детей в группу и проведение с ними игр. Вначале обращают на себя внимание скованность, затруднения в общении, вхождении в роль, принятии решения. По существу, многие из детей не могут играть, что вызвано внутренней напряженностью и страхом, вследствие жестко ограничивающего характера воспитания, а также отсутствия возможности спонтанных игр дома. Поэтому в качестве «разминки» вначале используются простые игры с преобладанием движения и экспрессивного выражения эмоций, например «палочка-выручалочка», «кошки-мышки», «жмурки», «урок физкультуры» и т. д. Главное в них — эмоционально оживить детей, создать игровой настрой. Затем применяются более сложные игры, развивающие гибкость воображения. Они начинаются с игр-шуток в предметы, например ложку, вилку, тарелку, скатерть, стол, стул в сюжете «обед»; книжку, ручку, стол, стул, часы в сюжете «домашние уроки» и т. д. Один из детей играет себя, в то время как другие изображают названные предметы.

После игр-шуток воспроизводится обстановка кукольного театра. Двое или трое детей за ширмой импровизируют в игре с куклами, надетыми на руку. Остальные вместе с врачом наблюдают «спектакль», оживляя его отдельными репликами. Обычно дети играют с большим желанием, не испытывая напряжения и страха. У большинства больных с логоневрозом при этом имеет место чистая речь. Роли берутся по желанию, и не обращается внимание на характер их исполнения — важен сам процесс группового взаимодействия. Врач не принимает непосредственного участия в игре. Спонтанные игры продолжаются до возникновения в группе необходимой сыгранности ее участников.

Показателем успешности объединения детей в группу является их совместная деятельность без стимуляции со стороны врача, когда группа способна «обслужить себя» посредством спонтанной коммуникативной активности своих членов.

О происходящих изменениях на данном этапе групповой психотерапии говорят следующие высказывания родителей: «Заметила, что чем больше, как вы и советовали, водить ее по театрам, музеям, выставкам, тем лучше она себя чувствует, тем счастливее становится. Появляется перспектива завтрашнего дня, радость ожидания зрелища», «Ване очень нравятся занятия в группе. Он внутренне освобождается от напряжений, вызванных школой и домом, начинает шутить, улучшается настроение, и даже с экземой получше», «От контактов еще возбуждается, но стала веселее», «Выигрывается он на занятиях до основания и ведет себя более раскованно», «Ждет с нетерпением дня, когда будет игровое занятие», «Занятия для нее интересны», «Гордится похвалой врача».

Следующий этап групповой психотерапии — *рассказы*, которые сочиняются дома и по очереди рассказываются в группе. Они могут быть на любую тему. Число действующих лиц не должно превышать числа участников группы. Продолжительность рассказа ограничена 10—15 мин., что позволяет избежать слишком сложных сюжетов и предоставить возможность для выступлений остальным детям. Рассказы вносят организующий момент в деятельность группы, так как на предыдущем этапе объединения детей происходит повышение их эмоциональной активности, вызванное отреагированием подавленных эмоциональных реакций. В некоторых случаях этот позитивный процесс сопровождается эмоциональным расторможением детей и дезорганизацией работы группы в целом. В данном периоде групповой динамики нежелательно применение жестких санкций, чтобы не нарушить эмоциональный контакт с детьми. В то же время врач не должен оставаться пассивным, так как рискует потерять доверие группы как ее руководитель. В сложившейся ситуации использование рассказов как последовательных монологов упорядочивает поведение детей. Затем им предлагается еще раз сочинить рассказ, в котором «автор» был бы главным действующим лицом, а тематика была бы связана с такими значимыми темами, как здоровье и болезнь, страхи и опасения, сновидения в

т. д. Фабулой рассказа служит то, что когда-то происходило, происходит или может произойти с его главным персонажем. Таким образом, в рассказе могут быть воспроизведены конкретные переживания больных или их фантазии. И то, и другое одинаково ценно, так как позволяет лучше понять внутренний конфликт детей и их защитные установки. Особое значение эти рассказы и сделанные по ним дома рисунки и маски имеют для больных с неврозом навязчивых состояний, давая им возможность эмоционально отреагировать переживания, обусловленные угрозой для их здоровья и жизни. Тогда терапевтический эффект рассказа весьма значителен и заключается в уменьшении остроты тревоги и страха. В любом случае рассказы дают врачу много ценных сведений о наклонностях и переживаниях детей, способствуют развитию их воображения и умения руководить группой.

Приведем в качестве примеров ряд историй. В одних отражается страх нападения, физического уничтожения, смерти (по теме врача «чего я больше всего боюсь»), в других — жизненные проблемы детей (по темам «что меня беспокоит, в чем мне плохо, что я не могу, где меня обижают»).

«Однажды один человек взял мешок и пошел в горы и увидел вдруг какое-то желтое пятно. Он вначале испугался, потому что там, далеко в горах, все было желтое — желтая бабушка, которая рассыпалась, как только человек дотронулся до нее, желтый человек, который сказал, что налетела Желтая Смерть и всех съела, а он остался жить, потому что спрятался в кривой комнате. Тогда этот человек пошел искать Желтую Смерть, нашел ее и стал с ней бороться, а из нее стали вылетать ноги, руки и человечки» (больная 5 лет со страхом Бабы-Яги). «Жил был человек, и пошел он однажды гулять. Дошел он до далекой страны и смотрит — там нет людей. Он зашел в избушку и увидел только одного человека и спросил — почему нет никого в этой стране, и услышал, что прилетел Злой Дракон и всех сжег огнем. Только он это сказал, как сразу появился Дракон, который сказал: «Оставлял я одного человека живым, а сейчас тут двое, и я съем вас теперь обоих». Стали они сражаться, и человек победил» (больная 6 лет из неполной семьи). «Однажды моя знакомая пришла первый раз в садик, там все ребята кричат, а она стоит в стороне, стесняется познакомиться и плачет» (больная 6 лет, которая боится идти в детский сад). «У нас в детском саду, когда воспитательница вышла, все стали разговаривать, а когда она пришла и спросила, кто разговаривал, никто не признался. Но она поставила одну из девочек в угол на целый час» (больной 6 лет обнаруживает в этом рассказе отношение к несправедливому наказанию). «Меня в школе постоянно обижают. Мой сосед по парте наточил острый треугольник и начал тыкать им в меня, затем написал на листочке: «Слава-дурак» и рядом нарисовал скелет. А когда на перемене мне подставили подножку и я упал, все долго смеялись над этим» (больной 8 лет, обижаемый сверстниками). «Жил-был в одном городе мальчик Петя, который боялся физкультуры, особенно эстафет, а также того, что его будут ругать ребята, если он что-либо неправильно выполнит. Он рассказал о своей беде отцу, который сказал: «Попробуй эту эстафету дома». И мальчик стал каждое утро делать ее перед школой. Тогда у него все получилось, и ребята его больше не ругали» (больной 9 лет отражает в этом рассказе свои переживания, фактически отец не давал ему таких советов). «Один мальчик долго не мог заснуть, потому что думал с волнением о завтрашнем дне. Наконец он заснул, и ему приснился кошмарный сон, что он никак не может дойти до школы, ему мешают прохожие, вовремя не приходит автобус, по ошибке он едет не в ту сторону. Наконец, он приходит в школу, вбегает в класс и видит его пустым. Вдруг из этого пустого класса выбегают ученики со словами «Все кончено!». Тут мальчик просыпается от звонка будильника, хмурым и раздраженным, начинает торопиться, боится опоздать, что-то забывает, но уже некогда. В школе его встречает гардеробщик и говорит сердито, что гардероб уже закрыт и вот-вот прозвенит звонок. Мальчик мчится по коридору, и тут ему попадается уборщица, которая читает длинную мораль, что надо лучше вытирать ноги, чего он такой невнимательный мальчик и откуда только такой взялся, кто его родители и зачем он бежит сломя голову. С трудом освободившись от нее, он пытается войти в класс, но дорогу ему преграждает дежурный, который начинает дотошно проверять его дневник, чистоту ногтей и пр. Наконец раздается звонок, и начинается урок. Его вызывают к доске и просят прочитать стихотворение, которое он как назло забыл выучить. Получает двойку и в подавленном настроении возвращается домой. Все кажется мрачным, все мешает. Затем происходит бурное объяснение с пришедшими домой родителями, которые говорят, что он способен только на то, чтобы получать двойки».

В последней истории мальчик 9 лет с неврозом страха воспроизводит в драматической форме свою ситуацию в семье, где он окружен бесчисленными требованиями, предписаниями, условностями, идущими от его тревожно-мнительных родителей и властной бабушки. В игре он изображал мальчика из своего рассказа.

Следующий, основной, этап групповой психотерапии — *игра*, которая проводится на темы, предлагаемые детьми и врачом. В играх последовательно воспроизводятся рассказы, сказки, условные и реальные ситуации. Игры на данном этапе в отличие от этапа объединения требуют включения врача и высокой активности играющих.

В начале игры основаны полностью на инициативе детей. Врач не руководит игрой, предоставляя эту возможность автору рассказа, который становится главным действующим лицом и распределяет вспомогательные роли среди остальных членов группы, включая врача. Последний принимает непосредственное участие в игре, но не может прерывать ее и делать замечания. Подобная тактика врача и пример его игрового перевоплощения способствуют развитию инициативы детей, естественности их взаимодействия, лучшему вхождению в игровой образ. Вне игры врач продолжает руководить группой, устанавливая общий распорядок и продолжительность занятий, обстановку их проведения и т. д.

Игра основана на общей фабуле рассказа, и в ней нет готовых реплик для исполняющих те или иные роли, т. е. допускается в определенных пределах импровизация диалогов действующих лиц. В течение нескольких занятий проигрываются рассказы всех участников группы. Некоторые из них могут неоднократно руководить игрой, если предлагают для нее разные сюжеты. При распределении ролей обращает на себя внимание тенденция предпочтения руководителями игры некоторых участников группы, что указывает на появление симпатий между ними.

Предыдущий рассказ мальчика, боящегося опоздать в школу (но фактически никогда не опаздывающего), был проигран следующим образом. Он исполнял роль главного действующего лица, роль уборщицы — его мать, приглашенная для этого в игровое помещение. Врач был гардеробщиком, другие роли распределялись между остальными участниками группы, которые изображали по ходу игры родителей мальчика, автобус (образуя тесный круг), шофера, контролера, светофор, слагбаум, прохожих, дежурного и учеников в классе. В игре принимали участие студенты-психологи и врачи, проходящие усовершенствование. Одновременно они создавали эмоциональный фон для игры, актуализируя происходящие в ней события репликами вроде «Смотрите, он опаздывает», «А времени все меньше», «Очень плохо», «Это никуда не годится» и т. д. По рассказу, выйдя из дома, мальчик (Дима) стал ждать автобус, который долго не приходил. Спешащие мимо прохожие (все участники группы, включая врача) подчеркнуто безразлично говорили, что автобус запаздывает, что он вообще не приедет, остановка перенесена и т. д. Переволновавшись, Дима садится не в тот автобус, выясняя, почему автобус идет в другую сторону, он получает противоречивые ответы. Пытаясь сойти на ближайшей остановке, он встречает контролера, который настойчиво выясняет, кто он такой, слушается ли родителей, всегда ли просит у них прощения и часто ли ездит в противоположную сторону. Далее Дима едет уже в «своем» автобусе, на пути которого встречаются различные препятствия: ремонт дороги, долго не открывающийся слагбаум, частые светофоры и т. д. Времени же остается все меньше и меньше. Выйдя из автобуса, он бежит в школу, а один из сопровождающих его участников игры все время повторяет: «Хорошие мальчики не опаздывают в школу, они приходят вовремя». Другой участник группы изображает часы и тоже навязчиво повторяет: «Осталось 10 минут до начала урока, 5 минут, 1 минута, сейчас прозвенит звонок» и т. д. В школе Диме читают мораль гардеробщик и уборщица, в то время как вот-вот должен прозвенеть звонок. Мать главного героя восприняла буквально свою роль уборщицы и читала унижительную мораль своему сыну, не в силах остановиться даже тогда, когда прозвенел звонок и Дима должен быть по рассказу уже в классе. Далее следует встреча с дежурным, и когда Дима вбегает в класс, то в отличие от рассказа он видит его уже пустым. Он опоздал, уроки закончились, все ушли, он остался один. Появляется завуч, который, не разобравшись, тоже читает мораль и срочно вызывает родителей в школу. На следующем игровом занятии воспроизводится отношение родителей к случившемуся. Приглашенный для игры отец рассказчика, как и его мать, буквально воспринял свою роль и стал ругать и осуждать «героя», вместо того

чтобы посочувствовать, спокойно и объективно разобраться в случившемся, помочь найти рациональный выход из конфликта и предотвратить его в дальнейшем. Сын впал в неподдельное отчаяние, поскольку понял, что отец даже в игре не может перестроить свое отношение к нему. Но другие участники группы, включая врача, помогли создать оптимистический финал. Родители не присутствуют на играх детей, участвуя в них лишь эпизодически, как это было в данном случае. При последующей совместной групповой психотерапии они играют с детьми вместе. В рассматриваемом случае опасения и страхи у мальчика были драматически заострены и тем самым дезактуализированы, поскольку был снят тревожный компонент ожидания того, что может случиться, произойти. В игре это уже свершилось, произошло, т. е. реализовалось.

После серии групповых рассказов воображаемые детьми ситуации или страхи могут быть представлены в виде сделанных дома рисунков на больших листах бумаги, страшных масок или муляжей (например, дракона, Бабы-Яги, Кощея и других сказочных персонажей). Рисунки разыгрываются в ролях, распределяемых автором.

Игры по рассказам и рисункам сменяются драматизацией общеизвестных сказок. Как и при проигрывании рассказов и рисунков, при игре в сказки и последующем воспроизведении условных и реальных ситуаций первоначально не соблюдается очередность выдвижения детьми игровых тем и некоторые из них могут неоднократно руководить игрой, если предлагают для нее каждый раз новую сказку. Это позволяет создать дополнительный стимул для активности участников группы, поощрить их инициативу и дать возможность раскрыть лидерские качества. Ценность игры в сказки заключается в уменьшении тревожности и страха изменения «я» посредством изображения «страшных» персонажей и взаимодействия с ними. Содержание сказок подразумевает более конкретные (но не слово в слово) диалоги действующих лиц, что тренирует внимание и является организующим моментом при игре. Для проигрывания можно выбрать сказки «Красная Шапочка», «Три медведя», «Дюймовочка», «Золушка», «Волшебник изумрудного города» и др. На многие игры в сказки накладывает отпечаток характер семейных отношений. Так, в игре «Золушка» исполнявшая ее роль девочка 5 лет ранимо реагировала на отношение «сестер», роли которых исполнили взрослые. Последние, войдя в роль, стали подгонять Золушку, с раздражением кричать на нее и угрожать наказанием. Эти привычные для взрослых реакции в семье оказали влияние на дальнейший ход игры. Когда Золушка должна была пригласить «сестер» во дворец, она категорически отказалась это сделать, несмотря на их просьбы. Другая девочка 4 лет, имеющая конфликтных родителей, превратила в игре «волшебная палочка» себя и одного из мальчиков в бабочек, которые стали дружно жить вместе. Мать девочки заплакала при этом.

После сказок в игре воспроизводятся ситуации, которые могли бы произойти на самом деле, но в другое время, в другом месте и с другими людьми. Врач может в самых общих чертах наметить тематику, в то время как участники группы, импровизируя, должны наполнить ее конкретным содержанием. Например, в ситуации «необитаемый остров», на котором они могли бы очутиться, необходимо распределить обязанности, сделать орудия труда, добыть пищу, построить жилище, защитить себя от нападения и т. д.

Другая условная ситуация — «осада крепости», когда участники игры самостоятельно разделяются на два лагеря. В обороняющемся лагере вначале оказываются неуверенные в себе и тревожные, а в нападающем — стеничные дети с агрессивными тенденциями. В дальнейшем подобное соотношение становится менее контрастным. Разделение играющих на два лагеря может также свидетельствовать о наличии эмоциональных предпочтений в группе.

В игровой ситуации «старинный замок» воспроизводится атмосфера покоя и тишины, уединения, волнующего ожидания. Одни из участников игры, попадая в замок, проходит мимо рыцарских доспехов, старинной мебели, различных затемненных комнат, что условно изображается детьми в слабоосвещенном помещении. Внезапно все оживает, появляются служители замка, препятствующие выходу героя. Последний должен защитить себя и покинуть замок целым и невредимым. В роли главного действующего лица могут выступать все желающие. Наиболее удачные игровые решения встречают одобрение и преподносятся в качестве примера уверенности в себе и гибкого поведения. Подобная игра наиболее

целесообразна в подростковом возрасте и позволяет успешно корректировать страх изменения «я».

Происходящее в процессе предшествующих игр отреагирование фантазий и страхов (рассказы, рисунки, маски, муляжи и «оживление» их в игре), агрессивности («осада крепости»), устранение страха принятия решения («необитаемый остров») и изменения «я» (сказки, ситуация «старинный замок») заключается игрой «праздник». В ней воспроизводится атмосфера приподнятого настроения и шумного веселья, когда выступающие на сцене шутят, смешат зрителей, иронизируют по поводу воображаемых недостатков их характера, затем смешиваются в «толпе» и танцуют под ритм бубна. Эмоциональное воздействие такой игры бывает весьма значительным, и ее неоднократное повторение повышает жизнерадостность и активность детей.

Условные ситуации облегчают проигрывание реальных, в которых отражаются жизненные коллизии участников группы. Разыгрывание ситуаций «знакомство», «встреча», «ожидание», «магазин», «библиотека», «прием врача», «урок в школе», «прием у начальника», «выбор кандидатуры», «поход», «поздно вечером» и др. приводит к уменьшению тревоги, связанной с неудачным опытом общения, способствует лучшему раскрытию интеллектуальных и организаторских качеств. Как уже отмечалось, врач принимает участие в игре вместе со всеми. В пределах предписанной ему роли он создает манерой поведения своего персонажа соответствующую психологическую атмосферу, уменьшая возникающие в игре напряжения и оживляя диалоги.

В разнообразных сюжетах на тему «семья» («родители и дети», «братья и сестры», «приготовление уроков», «телевизор», «свободное время», «укладывание спать» и т. д.) отражаются условия жизни детей. Например, они не выбирают роль отца, если он не интересуется жизнью семьи. Непопулярны также роли «плохого сына», «больного», «бабушки». Матери обычно изображаются как властные, чрезмерно требовательные и наказывающие. Рутинность семейных отношений ярко проявляется в изображении родителей, все помыслы которых сосредоточены на том, чтобы насильно накормить детей, заставить их сесть на горшок, лечь спать, наказать при непослушании и т. д. У школьников родители не доверяют детям, без конца проверяют уроки, часто говорят на повышенных тонах, перебивая друг друга.

Основное значение игр, организуемых детьми, состоит в улучшении процесса принятия и проигрывания ролей, преодолении страхов и психологических барьеров на пути общения, возникновении социально-психологической структуры лечебной группы. Это иллюстрируют следующие слова родителей: «Все свои страхи, а заодно и чужие она во время игры переживала заново, но не в резкой форме, а как бы смотря на них со стороны. Так, в процессе занятий она больше начинала бояться паука, комара, пьяного, Змея Горыныча, оживился страх за нас и даже немножко страх темноты. Но все это быстро проходило, и сейчас она всего этого не боится совсем». «После игр в сказки сын с удовольствием посещает группу. Исчезло чувство страха сказочных персонажей. Особенно хочется отметить посещение с группой подвала, когда он и остальные дети по очереди пугали друг друга. После этого стал оставаться один, засыпает сам в темной комнате, что раньше было невозможно», «Вдруг Наташа неожиданно для меня подбежала к собаке и погладила ее. Не помню, как я сама сдержалась и не одернула ее (ведь сама-то я их тоже боюсь), а, наоборот, похвалила. После этого значительно ослабли глазной тик и заикание». «У зубного врача боль перенесла мужественно и без страха. Ей запломбировали 3 зуба и 3 удалили». «За этот период лечения мы сделали много больших и маленьких побед. Главное, что между нами ослабла тревожная связь, и Ирена сама почувствовала облегчение от этого. Страхи поблекли, а их было очень много. Теперь спокойно смотрит самые страшные сказки. При необходимости остается одна дома. Засыпает также без нас. А главная победа — она стала общительнее, хотя долгий щадящий режим нанес нам большой вред, она отстала в этом плане от сверстников и теперь очень бурно догоняет. Хорошо, что улучшение возникло в нормальной жизненной обстановке, а не в искусственных условиях приема лекарств или больницы», «Более свободно ведет себя на занятиях, доброжелательно настроена к детям», «Пропадала внутренняя скованность, Маша безудержно счастлива», «Воспитательница в детском саду сказала, что дочь стала очень озорной и боевой, играет с мальчишками в войну, много балуется», «Если раньше могла играть только вдвоем, то сейчас стала играть сразу с

несколькими ребятами», «Ведет себя более раскованно. Раньше не ходила гулять одна, а теперь понемногу гуляет около дома, играет с детьми. Раньше боялась к ним подходить и поэтому гулять всегда ходила с кем-нибудь из взрослых», «В отличие от прошлого, сейчас уходит в школу одна и не допускает, чтобы ее провожали», «Стал более общительным, прошли замкнутость, угрюмость, временами просто веселый, легче играет и сходится с ребятами», «Теперь я приглашаю к дочери других ребят для игры, и это ей очень нравится, как она говорит — дни пошли нескучные».

Остановимся на особенностях формирования отношений в группе при спонтанных играх и играх на темы, предложенные детьми. Эти игры представляют естественный вид их деятельности, выявляя положительные и отрицательные черты характера, особенности взаимоотношений и реагирования в необычных условиях. Постепенно в группе возникают отношения, все более близкие к реальной жизни ее участников. Взаимное восприятие и оценка становятся более критичными, появляются эмоционально обособленные подгруппы, происходит дифференциация группы на лидеров, принятых, изолированных и отвергнутых. Эти статусные различия диагностируются посредством социометрии — индивидуального опроса о предпочтительном или нежелательном выборе других участников группы для совместной игры в поликлинике и дома. Социометрия на данном этапе групповой динамики часто указывает на совпадение положения детей в группе и в реальных условиях, в том числе в детском саду и школе.

Нарастающий процесс статусной дифференциации группы не всегда протекает безболезненно для ее участников. Возможны как временные напряжения между отдельными детьми вследствие борьбы за доминирующее положение, так и конфликтные отношения, особенно в играх, отражающих жизненные ситуации. Тогда группа вовлекается в состояние стресса, являющегося аналогом нарушенных жизненных отношений и исходной невротизации участников игры. В результате стресса возможно закрепление статусных различий. Для принятых членов группы — это позитивная тенденция, для изолированных и отвергнутых — отрицательная. В этом случае есть опасность того, что динамика группы станет инертной и ригидной, зафиксируются патологические стереотипы поведения, и все это вместе взятое явится препятствием для формирования в ней коллективных отношений. Необходимо вовремя заметить данные нежелательные явления, что, однако, не означает незамедлительного вмешательства врача и применения жесткого регламентирования, которое может подорвать активность группы и стимулы к дальнейшей перестройке отношений у ее участников. К тому же они не успевают пережить и должным образом осознать ситуацию стресса. Поэтому группа через обсуждения постепенно подводится к пониманию причин межличностной напряженности посредством аналогии с травмирующим жизненным опытом, но не даются указания в отношении способов снятия группового стресса. Последнее достигается в процессе продолжающейся совместной игры, когда врач корректирует отношения в группе «изнутри» как участник игры и затем поочередно с детьми руководит группой. В роли участника игры врач обладает такими же возможностями воздействия на группу, как и группа по отношению к нему. Но он может, импровизируя в пределах заданной роли, отражать в косвенном виде нежелательные черты поведения у одних детей и подчеркивать положительные черты других, что служит действенным средством изменения их отношений. После этого вводится правило об участии в игре всех детей, которое поддерживается личным примером врача, взаимодействующего со всеми членами группы, особенно с изолированными и отвергнутыми. Следующим правилом является поочередность выдвижения игровых тем всеми участниками группы, включая врача. Последовательное руководство группой предотвращает узурпирование ее лидерами игровой инициативы, повышает активность и чувство принадлежности к группе у остальных детей. Когда руководство переходит к врачу, он стремится чаще назначать на главные роли изолированных и отвергнутых членов группы, подчеркивая положительные черты их характера. Подобным распределением ролей врач улучшает социально-психологическую структуру группы, что подтверждается данными повторной социометрии, показывающей отсутствие пренебрегаемых и изолированных членов группы, т. е. повышение терпимости к ним. В то же время лидеры продолжают удерживать свой статус, но не противопоставляя себя другим членам группы, а, напротив, оказывая им поддержку.

Чередование руководства группой предоставляет возможность перехода к постоянному руководству со стороны врача с целью достижения направленного психотерапевтического и риадапационного эффекта. Для этого теперь созданы необходимые условия: группа обладает развитой социально-психологической структурой, отношения в ней носят реальный, близкий к жизни и стабильный характер, имеют место сыгранность ее участников, выраженное чувство принадлежности к группе и заинтересованность в лечении. Кроме того, врач достаточно хорошо изучил личностные особенности детей, их сильные и слабые стороны, чтобы сделать успешным свое направленное воздействие на группу.

Игры на темы, предложенные врачом, проходят в обратной последовательности: сказки, условные и реальные ситуации, рассказы. Руководя игрой, он распределяет роли с учетом личностных и клинических особенностей детей с целью воздействия на играющего характером изображаемого персонажа.

При игре в сказки учитывается, что сущность сказочных персонажей неизменна: волк всегда агрессивен, заяц труслив, лиса хитра и т. д. В реальных ситуациях роль командира говорит об организаторских качествах и храбрости, учителя — о знаниях и т. д. Играя подобные роли, дети имеют возможность лучше осознать свои достоинства и недостатки, преодолеть страх перед некоторыми из реальных аналогов ролей. Последнее обусловлено вживанием в угрожающий образ, т. е. прямым его изображением в игре. Например, страх перед образом Бабы-Яги устраняется, если дети в игре перевоплощаются в этот образ, наделяя его соответствующими атрибутами поведения. Если они боятся учителя, то снять этот страх помогает изображение не самих себя или сверстников, а учителя. В рассматриваемых случаях происходит десенсибилизация к страху через психологический механизм овладения и управления угрожающим образом, устранения ореола его недоступности, конкретизации в сознании. Кроме десенсибилизации, терапевтический эффект обусловлен также отреагированием эмоций.

Риадапационный эффект групповой психотерапии достигается посредством воспроизведения условных и реальных ситуаций общения с целью овладения навыками адаптивного поведения.

Условные ситуации применяются для выработки адекватных форм психологической защиты в ответ на специально создаваемые модели группового конфликта, например при играх на следующие темы: «ошибка», «неудача», «испорченный телефон», «взаимные психологические портреты», «обвинение», «доказательство», «оскорбление», «обида», «испуг» и т. д.

Темы для реальных ситуаций остаются такими же, как и раньше, но большее внимание уделяется проигрыванию сюжетов, связанных с детским садом, школой и семьей.

Особенностью игр на данной стадии является их дублирование с переменной ролей. После проигрывания какой-либо ситуации ее участники меняются ролями, и она воспроизводится снова, что делает игру более разнообразной, позволяет детям лучше понять себя и друг друга, расширяет ролевой диапазон общения. Врач в выбранной им роли может зеркально отражать нежелательные черты характера одних детей (с целью их осознания), развивать положительные черты других, проецировать некоторые стороны «я» участников группы, раскрывать их желания и потребности, создавать проблемные ситуации общения, подсказывать способы их решения и т. д.

Методически игра строится следующим образом. Каждый из участников вначале рассказывает присутствующим о своих затруднениях при общении со сверстниками и взрослыми. В некоторых случаях ему могут быть подсказаны те или иные ситуации врачом и детьми. В игре рассказчик изображает себя, а врач и остальные дети исполняют согласно его предписаниям роли значимых других, сверстников и взрослых. Игра помогает лучше понять характер проблем главного действующего лица.

Затем роли меняются, и этим лицом становятся по желанию один из детей или врач, показывающие приемлемый вариант поведения в данной ситуации, рассказчик же играет роль значимого другого. В заключение проводится обратная перемена ролей, когда рассказчик снова становится собой, будучи способным к адекватному взаимодействию с другими, т. е. быть собой среди других, успешно преодолевая тем самым трудности общения и закрепляя навыки адаптивного поведения.

В группах больных с логоневрозом и фобиями общения адаптация проводится и в реальных условиях: в школе, магазине, библиотеке и т. д.

Таким образом, ролевая игра осуществляется в несколько приемов: актуализация проблемы, ее разрешение и закрепление достигнутых результатов. Перестройка отношений у каждого из участников игры происходит под воздействием не только врача, но и группы, что говорит о ее коллективной ориентации.

Изменение отношений у некоторых членов группы может быть затруднено из-за наличия неблагоприятных черт характера, в частности эгоцентризма в сочетании с прямолинейностью, чрезмерной принципиальностью и тревожной мнительностью. Здесь требуется дополнительное, направленное воздействие врача, опосредованное коллективным действием группы: в подобных случаях ролевые игры завершаются драматизацией его рассказов, главное действующее лицо которых напоминает своим характером одного из участников группы. Воспроизведение среди сверстников в инскажательной форме неблагоприятных особенностей его характера является эффективным стимулом для их осознания и перестройки.

У дошкольников и младших школьников рассказы врача разыгрываются в виде кукольного представления. Находясь за ширмой с куклой, надетой на руку, врач ведет повествование от ее лица в виде монолога или диалога с другими куклами, изображающими сказочных персонажей и людей. Отличительной чертой игры является периодическое обращение главного персонажа к зрителям, которые тем самым принимают в ней активное участие. Например, ежик спрашивает лису, почему он так часто плачет. Лиса может уклониться от ответа или дать заведомо неправильный. Тогда недовольный ежик обращается к зрителям, которые в данный момент представлены как различные обитатели леса. Затем действие продолжается, и ежик встречается с другими персонажами, которые советуют, как избавиться от плача. Он безуспешно пытается следовать их советам и вновь обращается за помощью. Зрители предлагают различные варианты решений, иногда при этом споря друг с другом. Высказывают свое мнение и дети, поведение которых в косвенной форме отображается в игре. Они, самостоятельно или прислушиваясь к мнению других, находят правильное решение, что говорит об обучающем характере игры. Некоторые из них по собственной инициативе подключаются к игре, взаимодействуя в одной из ролей с персонажем врача.

У подростков применяется методика незаконченных рассказов на реальные темы, развязку которых они должны придумать сами и воспроизвести в игре. В заключение проигрывается наиболее приемлемый вариант. На главную роль назначается участник группы, поведение которого в завуалированном виде воспроизводилось в рассказе. В личностно значимой роли он в той или иной мере отражает групповые нормы адаптивного поведения, что является действенным способом перестройки его отношений.

Таким образом, содержание ролевых игр меняется от терапевтически направленных до обучающих. Терапевтические игры ставят своей целью устранение аффективных препятствий в межличностных отношениях, а обучающие — достижение более адекватной адаптации и социализации детей.

Рассмотрим некоторые принципы ролевой игры, которая понимается как акт творчества и самораскрытия, дающий возможность лучше понять себя и других, перестроить свои отношения. Для этого она строится на основе импровизации как индивидуальной формы самовыражения, разнообразия и смены сюжетов, их увлекательности и актуальности для детей.

Игра подразумевает условность и одновременно реальность происходящего действия. Условность обеспечивается необязательностью грима, декораций и прочих театральных атрибутов. Происходящее может быть подчеркнуто отдельными деталями, например, игрушечный домик, поставленный среди играющих, означает, что действие происходит в нем; елочка олицетворяет лес; линейка, лежащая на полу, символизирует дорогу; стул — стену, препятствие и т. д. Реальность создается вовлеченностью детей в игру и вхождением в игровой образ. Этому же способствует отсутствие режиссерского контроля, назиданий и заученных реплик персонажей.

Главными в игре являются эмоциональная атмосфера, сыгранность участников и их спонтанная активность. Она раскрывает эмоциональные и интеллектуальные резервы группы, когда имеет завершенный характер. Дробление ее на короткие эпизоды и их

обсуждения нарушают принцип спонтанности в завершенности игрового действия. При наличии сложных, многоплановых сюжетов они разыгрываются в течение нескольких занятий в виде отдельных серий. Ряд сюжетов на реальные темы (например, «школа») проигрываются несколько раз, но это не означает их повторения ввиду чередования ролей и импровизации диалогов.

Учитывая, что сценическая жизнь той или иной темы имеет свои пределы, она не воспроизводится больше 3—4 раз. При большем числе воспроизведений появляются рутинность и штамп. В этом плане имеет значение продолжительность «чистой» игры. С одной стороны, требуется какое-то время, чтобы она вошла в нужную колею и проиграла ее сюжет в законченном виде. С другой, излишняя продолжительность приводит к насыщению и потере интереса к игре. Исходя из сказанного, ее оптимальная продолжительность составляет 30 мин. у дошкольников и 45 мин. у школьников.

После снятия эмоциональной напряженности и улучшения процесса общения необходимо укрепление и развитие ряда измененных в процессе болезни психических функций. С этой целью используются игры, развивающие быстроту реакций, внимание, терпение, выносливость и координацию. Наиболее употребительные темы для этих игр: «кто первый», «самый ловкий», «внезапные вопросы», «кегли», «ритмика», «игра с мячом», «бег по счету», «внезапная остановка» и т. д. Они одинаково важны для детей любого возраста и у подростков носят более спортивный, но доступный их возможностям характер. К тому же подобные игры вносят заметное разнообразие в деятельность группы и представляют своеобразную игровую разминку перед обсуждениями.

Обсуждение представляет заключительный этап групповой психотерапии. Цель его состоит в закреплении результатов лечения, дальнейшем расширении кругозора детей и развитии их самосознания. В развернутом виде оно наиболее целесообразно у подростков. В доступной форме обсуждаются такие вопросы, как отношение к себе и окружающим, автономия и зависимость, ответственность и чувство долга, потребности и возможности, признание, дружба и т. д.

Динамику психотерапевтических изменений у детей иллюстрируют следующие высказывания родителей: «В отличие от прежнего, когда панически боялась и не отпускала меня от себя, теперь сама прогоняет меня домой, подолгу гуляет во дворе, легко вступает в контакт с незнакомыми детьми, лазает по заборам, бегаёт по стройке, приходит домой очень довольная и усталая», «При неудаче уже не бросает, как раньше, начатое дело со слезами и скандалом», «Лучше переносит ожидание», «Полностью снялась расторможенность», «После игр стала менее упрямой, помогает взрослым», «Легче стало ее уговорить, чаще уступает, нет прежней реакции на замечания и обидчивости», «В школу ходит с большим желанием», «На вопрос, как отношения с мальчиками, стал отвечать оптимистично — нормально! Раньше же начинал ныть и жаловаться, что его обижают, дразнят и подшучивают над ним», «Когда раньше дочери задавали стихотворение, она плохо засыпала, ночью несколько раз просыпалась и читала его вслух. Теперь спит спокойно, стихи не читает, в школу идет уверенно. Быстро освоилась в новом классе. С ребятами сходится быстро, подходит к ним сама. По собственной инициативе носит уроки заболевшим девочкам», «За летний период и первый месяц занятий в школе заметны сдвиги в лучшую сторону, стал намного увереннее, исчезли истерики, научился владеть собой, сдерживать слезы. Пытается защищаться, дает сдачи и даже защищает девочек».

Устранение в процессе психотерапии эмоциональных нарушений и перестройка отношений участников группы представляют необходимое условие для ее сплочения на качественно новом уровне коллективных отношений. В группе создается направление в виде терапевтической нормы, социально-ценностных ориентации, коллективной взаимопомощи и чувства ответственной зависимости. Социометрия, проводимая в третий раз, также подтверждает коллективный характер организации группы. Плотность социометрических связей нарастает по критериям формального и неформального выбора, что указывает на совместимость цели лечения с общением детей. Одновременно увеличивается число взаимных и положительных выборов и уменьшается число отрицательных. Наиболее благоприятная ситуация наблюдается в том случае, когда ведущие члены группы имеют лучшие результаты лечения.

Рассмотренный процесс групповой динамики показывает его сложный характер и наличие ряда последовательных фаз.

В первой фазе — *ориентации группы* — происходят эмоциональное объединение детей и появление у них однородных устремлений. В этой фазе возможно возникновение критического периода в жизни группы — ее эмоционального расторможения.

Во второй фазе — *дифференциации группы* — оформляются статусные различия, симпатии и антипатии детей. В данной фазе возможно появление другого критического периода, обусловленного отражением в группе конфликтных позиций детей и жизни.

В третьей фазе — *интеграции группы* — отмечаются стабилизация ее структуры, сплочение детей и развитие коллективных отношений.

Процесс групповой динамики находится в тесной связи с тактикой руководства группой. В начале групповой психотерапии врач организует детей на выполнение поставленных перед ними задач и содействует их эмоциональному объединению. Затем в группе развивается спонтанная активность и врач переходит на положение одного из ее участников. В этой позиции он вместе с детьми разрешает конфликтные ситуации, способствуя изнутри интеграции группы на коллективном уровне отношений. Коллективная организация группы позволяет осуществлять руководство ею совместно с детьми, что является наилучшим стимулом для перестройки их отношений.

Совместная групповая психотерапия детей и родителей применяется в случаях хронического течения неврозов у детей, сочетающихся с трудноразрешимым семейным конфликтом и ригидными взглядами родителей на воспитание. Попытки присоединить взрослых без специальной подготовки к групповой психотерапии нецелесообразны, так как они произвольно вмешиваются в занятия, ограничивая активность детей и навязывая им свою точку зрения. Этим исключаются искренность и сплочение участников группы. К тому же они сами вначале выступают против совместных занятий. Поэтому необходима предварительная медико-педагогическая работа с группой родителей, которая проводится непосредственно перед началом и параллельно групповой психотерапии детей.

На еженедельные занятия приглашаются, по возможности, мать и отец. Цикл из 10 занятий в виде лекций и дискуссий рассчитан в среднем на 2,5 мес. В лекциях освещаются вопросы воспитания, семейных отношений, происхождения неврозов и их профилактики. На некоторых занятиях обсуждаются истории заболевания детей, отражающие актуальные для присутствующих проблемы семейных отношений. Затем проводится дискуссия, в процессе которой вырабатывается общая точка зрения, помогающая родителям найти дополнительные возможности для решения своих затруднений с детьми. Постепенное возникновение в группе коллективных ориентации оказывает положительное влияние на семейные отношения у ее участников.

Коллективный характер отношений в группах детей и родителей позволяет создать единую по целям и задачам группу, руководство которой последовательно осуществляется врачом, детьми и родителями. При руководстве родителями можно наглядно убедиться в постепенном его изменении в сторону большей гибкости и последовательности. Этому способствует пример взаимоотношений врача и детей.

Тематика совместных игр отражает вымышленные и реальные истории. С подростками сразу разыгрываются реальные ситуации. У дошкольников и младших школьников вначале проигрываются сказки, что содействует объединению групп. Постепенно тематика игр все в большей степени ориентируется на школьные и семейные ситуации. Обычно эти темы связаны между собой одним игровым сценарием, в разработке которого участвует вся группа. У школьников занятия начинаются в игровом классе. Урок поочередно ведут «строгий» и «мягкий» учитель. Приходит «директор», который интересуется дисциплиной. Среди учеников есть «двоечники», «отличники», «забияки», «ябеды», «плаксы», роли которых исполняют дети, взрослые и врач, учителей все играют поочередно. Существенно и то, что дети в роли учителей могут делать замечания родителям, изображающим учеников, и воспроизводить тем самым многие из актуальных проблем семейных отношений. На «педсовете» «учителя» сообщают о поведении и успехах «учеников» и принимают необходимые меры. Проводится «родительское собрание», на котором нередко разгорается спор о том, кто виноват — школа или семья — в плохом поведении ученика. На первых «родительских собраниях» дети играют роли своих родителей, в

то время как последние — роли родителей других детей. Если собрание ведет подчеркнуто строгий и властный «учитель» (обычно один из детей), то большинство присутствующих возмущаются его излишне строгим и несправедливым отношением, неспособностью найти индивидуальный подход к некоторым ученикам. Все это является наглядным уроком для участвующих в игре родителей. Одна из девочек в роли учительницы, защищаясь, сделала замечание другой девочке, изображающей мать, что она больше заботится о коте, чем о ребенке, что соответствовало истине, так как ее мать, оставив кота, отдала девочку на воспитание своим родителям. В конце «родительского собрания» мнения присутствующих обычно разделяются. Большинство, особенно дети, считают, что учительница слишком строгая, не прощает ошибок и с недоверием относится к самостоятельности учащихся, что она просто не уважает их и пришла не по призванию в школу. Затем игра переносится в семью. Вначале она связана со школой, затем отделяется от нее и затрагивает разнообразные проблемы взаимоотношений родителей и детей. Как и в игре «школа», они поочередно изображают себя, значимых лиц, друг друга и в конце снова себя. Чередование ролей позволяет играющим более критически взглянуть на себя, сравнивая свое поведение с поведением изображаемых ими лиц.

В играх на тему «семья» показана методика, когда руководство группой осуществляют два разных по полу взрослых. Один из них может быть психологом, родителем или средним медицинским работником, прошедшим специальную подготовку. Принимая участие в игре вместе с родителями и детьми, ведущие игру воспроизводят фрагменты их отношений, но без конкретного обращения к той или иной семье. В то же время родителям и детям нетрудно узнать себя, так как они принимают непосредственное участие в игре.

После показа приемлемых вариантов решения конфликтных ситуаций группа разделяется на пары «взрослый—ребенок». Игра в парах проводится одновременно, но на разные темы, предлагаемые поочередно их участниками. Последние сами договариваются о том, кто будет исполнять роль взрослого, а кто ребенка, но через некоторое время они должны поменять роли и снова проиграть те же сюжеты. Ведущие игру взрослые не участвуют в ней, но при необходимости могут подойти к любой паре и, взяв роль по ситуации, включиться в игровой диалог, оживляя его и придавая ему еще большую остроту. В ряде случаев все пары разыгрывают одну и ту же ситуацию общения с последующим ее групповым обсуждением.

При достижении согласованного взаимодействия в парах их участники меняются. В течение нескольких занятий все дети и взрослые имеют возможность непосредственного общения друг с другом, что улучшает их способность к взаимному диалогу. Когда в паре оказываются родитель и ребенок, то характер их межличностного контакта заметно отличается от привычного для них общения дома. Они лучше представляют себя на месте друг друга и чаще находят взаимоприемлемые решения. Если этого не происходит, то в игровой диалог вступают ведущие игру, одни на стороне родителя, другой на стороне ребенка. Выполняя вспомогательную роль, ведущие непосредственно не общаются между собой, но создают в игре направление, которое позволяет участникам пары лучше понять друг друга.

Авторитарные родители обнаруживают стереотипные способы разрешения игровых ситуаций. В этом случае ведущие работают отдельно с каждым участником пары. Один из них, работающий с родителем, изображает его ребенка, а другой, играющий с ребенком, изображает его родителя. После серии игровых сюжетов роли меняются. Поскольку игра происходит в двух обособленных диадах, то родитель и ребенок не взаимодействуют между собой. Такое построение занятий делает их последующий самостоятельный контакт более гибким.

Рассмотренная методика корригируемого парного взаимодействия отличается разнообразием приемов. Действенным является использование диалогов по типу «обвинения и защиты» с целью улучшения психологической защиты у детей в стрессовых ситуациях общения со взрослыми. В постоянно меняющихся парах один придумывает обвинения и угрозы, например: «Вчера я видел, как вы перешли улицу в неположенном месте», «Мне кажется, что вы думаете только о себе», и т. д., а другой должен их удачно парировать. Затем они меняются ролями. Ведущие показывают примеры диалогов, подчеркивая роль его участников. Спустя некоторое время игровые диады объединяются в триады, и, постепенно увеличиваясь, подгруппы в

конце концов сливаются в группу как целое, которая выполняет роль «обвинителя», а в роли «защищающегося» поочередно находятся все ее участники, включая ведущих игру.

Завершающий этап совместной психотерапии состоит из обсуждений особенностей характера и поведения детей. Вначале обсуждения проводятся отдельно с детьми и взрослыми. Затем они по очереди посещают друг друга, один из детей идет в группу взрослых, а его отец или мать — в группу детей. До посещения детей родитель делится с остальными участниками своей группы проблемами отношений с ребенком. Тем самым ставится задача, которая обсуждается и решается уже в отсутствие данного родителя. Взрослые в беседе с ребенком не указывают источника своих сведений о нем, так как могут составить свое предварительное мнение в процессе совместных занятий. Необходимую информацию они получают также из ответов ребенка на их вопросы, затрагивающие разнообразные стороны его взаимоотношений, особенности характера, интересы и увлечения. Беседуя с ребенком, взрослые подчеркивают положительные черты его характера, активность в лечении и полученные результаты, выражают уверенность в успешном преодолении встречающихся трудностей и указывают, возможные пути. В дружеской манере беседы нетрудно увидеть аналогию с предшествующими семейными обсуждениями, проведенными врачом. Перестраивая отдельные стороны характера и поведения детей, группа родителей является коллективным помощником врача, который участвует в обсуждении наравне со всеми. При необходимости он с помощью соответствующих вопросов создает определенную направленность обсуждений.

В группе детей вопросы к взрослому и содержание беседы с ним свидетельствуют о возросшем уровне их социализации. Вопросы касаются подписки на журналы, посещения кино, театров, музеев, наличия дома цветов, любви к животным, некоторых отношений в семье и т. д.

На заключительных занятиях обсуждения проводятся снова в объединенной группе детей и родителей и направлены на закрепление достигнутых результатов. При этом наблюдаются высокая активность, самокритика и дружеская поддержка ее участников. Сплоченный характер группы выражается в желании ее участников встречаться после окончания лечения, с тем чтобы обсуждать некоторые значимые для них вопросы и помогать друг другу. Поэтому в течение следующего учебного года мы проводим по крайней мере ежемесячные встречи участников группы, во время которых также решается вопрос о необходимости повторного, более краткого курса индивидуальной психотерапии, включая гипнотерапию и назначение общеукрепляющих средств.

Для изучения динамики внушаемости детей и родителей в процессе групповой психотерапии был применен модифицированный нами вариант теста М. Шерифа. В оригинальном виде тест направлен на изучение процесса выработки групповых норм и основан на иллюзии движения светящейся точки в темной комнате. Степень этой иллюзии регулировалась внушающим воздействием врача: «точка движется вверх, вниз, по кругу, останавливается». Исследования производились в начале и в конце групповых занятий. Полученные данные говорят об уменьшении внушаемости по отношению к врачу как у детей, так и у родителей к моменту окончания групповой психотерапии, что указывает на достижение в ее процессе большей степени личностной зрелости и способности к самоконтролю.

Для изучения изменений, происшедших в эмоционально-волевой сфере детей и родителей в процессе групповой психотерапии, был использован 8-цветный тест Люшера. Анализ выбора цветов, произведенного детьми в начале и конце групповой психотерапии, показывает улучшение в их эмоционально-волевом состоянии, что согласуется с клинической динамикой. Уменьшаются тревожность, общее беспокойство, появляется желание действовать, принимать решения, кажущаяся безысходность личностной ситуации сменяется верой в возможность разрешения существующих трудностей. У родителей изменения менее значительны. Можно говорить о появлении большей инициативы в преодолении проблемных ситуаций у посещавших занятия матерей, желании изменить некоторые из своих черт характера у отца. Как у матерей, так и у отцов в конце совместной с детьми групповой психотерапии отмечаются критичность в восприятии конфликтной ситуации, поиск новых решений межличностных проблем. Это подчеркивает патогенетический эффект групповой психотерапии, ведущей к осознанию межличностных источников

невротических проблем, адаптивной перестройке отношений и неблагоприятно сформировавшихся черт характера. Наибольшие позитивные изменения связаны с устранением тормозимых черт характера и фобий, увеличением коммуникабельности. Подобная динамика подтверждает преимущественно активирующую направленность групповой психотерапии.

В заключение следует отметить, что исследование эффективности групповой психотерапии в процессе длительного катамнестического наблюдения выявило ее преимущество по сравнению с индивидуальной психотерапией, прежде всего за счет меньшего числа рецидивов неврозов вследствие более глубокой перестройки отношений больных в семье и коллективе. При оценке этих результатов необходимо принять во внимание, что групповая психотерапия проводилась у детей с более тяжелым течением неврозов, плохо курабельных в процессе предшествующей индивидуальной психотерапии. Ввиду этого реальная эффективность групповой психотерапии выше индивидуальной не только по данным катамнеза, но и при ее непосредственном окончании.

Приведем высказывания родителей в отношении итогов групповой психотерапии. «После 2-го занятия лучше стал сходиться с ребятами, не боится подойти первым. Впервые без боязни пошел в школу. После 12-го занятия все терпеливо выдержал у зубного врача, а раньше от страха не мог открыть рот. Был очень доволен, что вы его похвалили и дали значок. После 13-го занятия боялся идти на следующее, так как предстояла психологическая эстафета и он думал, что у него не получится, над ним будут смеяться, останется без значка и т. д. После 14-го занятия остается один в квартире, не боится ночью идти в туалет. Засыпает один. После 15-го занятия не боится неизвестного, спокойно идет в школу, в том числе на урок физкультуры. Если раньше не подходил к незнакомым детям, то теперь делает это спокойно. Прежде боялся кататься с гор, а теперь очень любит. После 20-го занятия перестал болезненно реагировать на насмешки ребят. Ходит уверенно на физкультуру, даже хочет записаться в секцию. Вскоре приехал отец после 6 мес. плавания. Заявил, что сын стал неузнаваемо хорошим: общительным, небоящимся, спокойно разговаривает со взрослыми, без страха ходит в школу. После 25-го занятия с большим желанием посещает секцию биатлона», «Прошло 6 мес. после окончания занятий. За это время Андрей не сделал ни одной запинки. Во всех ситуациях, включая простудное заболевание, когда волновался и расстраивался, речь оставалась плавной. Все страхи исчезли, даже трудно сказать, в какой период это произошло. Были моменты, когда я, помня о боязни темноты, включала свет или оставляла дверь открытой, так Андрей (ему 5 лет) смеется: «Что это, мама, ты думаешь? Выключай свет». Я чувствую, как он расслабился, счастлив, что может теперь не бояться уколов и темноты. Полностью прошла двигательная расторможенность. В поведении стал ровным», «За время игровых занятий заметно улучшилось состояние дочери. Если раньше в конце четверти были срывы (навязчивые слова, страхи, тики) и она не выдерживала ожидания перед контрольными, то две последние четверти закончила спокойно. Прекратились страхи и навязчивые повторения, исчезли тики не волнуется перед контрольными, не боится опоздать в школу, нет болезненной реакции на оценки. Без мук написала две контрольные на отлично. Меньше теперь обращает на себя внимание. Появился обширный круг знакомых. Любит играть с детьми. Сама приходит из школы, ездит в лифте, остается одна дома. Уроки делает самостоятельно. Стала более уверенной в своих силах и выносливой», «Если вспомнить, как Оля не спала раньше, всех изводила своими пробуждениями и страхами и невозможно при этом было ее успокоить, и это длилось два с половиной года, то сейчас наша жизнь — рай земной», «Этот год мы прожили радостно, с каким-то боевым, бодрым настроением, с верой в будущее», «К положительным сторонам группы следует отнести атмосферу доброжелательности, оптимизма», «Мой сын обратил серьезное внимание на себя, имел возможность сравнивать, обрел уверенность, получил много новых понятий и знаний», «Моя дочь стала меньше раздражаться при неудачах, возросли ее самостоятельность и настойчивость в преодолении трудностей», «Мой сын критически и с большей ответственностью теперь относится к своему поведению, повысился авторитет среди ребят, избран членом совета дружины», «Мои отношения с дочерью изменились в сторону большего доверия и взаимопонимания, появилось понимание ее характера, более широкое, чем раньше, и соответственно изменились в лучшую сторону отношения с ней».

Своевременное и адекватное использование групповой психотерапии в качестве патогенетически обоснованного метода лечения невротизма у детей предотвращает невротическое развитие их личности и представляет собой эффективное средство профилактики невротизма у взрослых.

Средняя продолжительность семейной, индивидуальной и групповой психотерапии составляет 14 мес. Более продолжительного лечения, чем больные с невротизмом и истерическим невротизмом (12 мес.), требуют больные с невротизмом навязчивых состояний (16 мес.). Средняя продолжительность лечения в 2,65 раза меньше средней продолжительности заболевания. Это статистически достоверное различие подтверждает направленный эффект психотерапевтического воздействия, несводимый к спонтанному выздоровлению больного.

Эффективность психотерапии изучена по данным катамнеза длительностью от 6 мес. до 14 лет. Полное выздоровление отмечено у 30% больных, существенное улучшение — у 45%, незначительное улучшение — у 12% и отсутствие эффекта — у 13%, т. е. в 2/3 случаев достигается ощутимый психотерапевтический эффект у больных с продолжительным и ранее резистентным к лечению невротизмом. Заметим, что под выздоровлением подразумевается не только устранение внешних признаков заболевания, но и перестройка в необходимую сторону отношений, черт характера и достижение приемлемого уровня социально-психологической адаптации.

По данным повторного, более отдаленного катамнеза, часть больных в состоянии существенного улучшения переходила в группу практически здоровых лиц, поскольку в процессе психотерапии для этого были заложены все необходимые предпосылки и нужно было лишь время, чтобы окрепшие с возрастом силы организма позволили полностью реализовать ее эффект. В отношении выздоровления нет значимых различий по полу и диагнозу, что является следствием прежде всего личностной направленности психотерапии.

Рецидивы установлены у 27,5% мальчиков и 15% девочек, как правило, у детей соматически и церебрально-органически ослабленных и имеющих характерологически измененных родителей. Они купировались менее продолжительным курсом психотерапии.

Сравнение эффективности лечения 99 детей, заболевших под воздействием длительно действующей (82%) и шоковой (18%) психической травмы, показало, что в последнем случае успешность психотерапии несколько выше ввиду преобладающего аффективного, а не характерологического уровня невротических расстройств.

Сопоставление действенности различных методик психотерапии неправомерно, так как их выбор продиктован разными задачами и, кроме того, они редко применяются изолированно. При условном сравнении наибольший процент существенных сдвигов в состоянии больного наблюдается от психотерапевтического использования рисования (90%), но только в пределах возраста 4—8 лет, затем от гипнотерапии (81%), внушения наяву (72%) и игровой терапии (63%).

Соматическая отягощенность (44,5%) в большей степени осложняет проведение психотерапии у мальчиков, чем у девочек. Резидуальная церебрально-органическая недостаточность (25%) более отрицательно отражается на результатах лечения девочек. То же относится к влиянию перегрузки (специализированные школы, большое количество кружков). У мальчиков и девочек характерологические изменения статистически достоверно ухудшают эффект психотерапии ($t=2,5$; $p<0,05$).

Неполная семья ослабляет эффект психотерапии только у девочек вследствие аффективно-настороженного отношения к врачу-мужчине, произвольно ассоциируемому с ушедшим из семьи отцом. В полных семьях достижению прочных психотерапевтических результатов препятствует конфликт между родителями.

Требуется рассмотрение и вопрос о тактике окончания лечения. Его резкое прекращение даже при полном эффекте нередко вселяет в больного чувство тревоги, а в случае рецидива — и пессимизм. Более целесообразен постепенный переход с активного на поддерживающий курс лечения, интенсивность которого уменьшается по мере возрастания жизненного тонуса и возможностей саморегуляции. Обычно после активного курса психотерапии дети в течение 2—3 мес. назначаются на прием 2 раза в месяц, затем в течение 2—3 мес. — раз в месяц. В дальнейшем частота посещений определяется самими детьми и их родителями, которые могут позвонить врачу вне зависимости от срока окончания лечения.

Заключение.

Неврозы в детском возрасте являются клинико-психологическим выражением проблем семьи в трех поколениях: прародителей, родителей и детей. В этих поколениях происходят относительное уменьшение выраженности характерологических изменений, в наибольшей мере представленных в прародительской семье, и увеличение невротических, эмоциональных в своей основе и психогенных по своему происхождению изменений личности. Центром перекреста характерологических и невротических изменений в семье являются родители детей с неврозами.

Изменения личности у родителей предшествуют развитию невроза у детей, способствуя возникновению конфликтных отношений в семье и неблагоприятно отражаясь на их воспитании. В связи с этим выделяются эгоцентризм, затрудняющий принятие ребенка и его индивидуальности и эмпатический контакт с ним в дальнейшем; тревожность, лежащая в основе гиперопеки; внутренняя конфликтность, осложняющая отношения в семье; а также излишняя принципиальность, ведущая к негибкости и чрезмерному контролю в отношениях с детьми.

Главным патогенным аспектом отношения родителей является то, что они произвольно используют детей для разрешения своих личностных проблем и кризисных ситуаций в семье. Здесь и одностороннее привязывание ребенка к себе, предотвращающее страх одиночества, и конфликтное неприятие в нем черт темперамента и характера другого родителя, гиперопека, уменьшающая чувство беспокойства, эффективность в обращении с детьми, разряжающая эмоциональное напряжение родителей.

Особое значение приобретает паранойяльный настрой родителей, имеющий своими предпосылками авторитарные черты личности прародителей (в основном у бабушки ребенка по линии матери) и общие с прародителями гиперсоциализацию, сензитивность, тревожность. Если гиперсоциализация и сензитивность в той или иной мере присущи обоим родителям, то тревожность — преимущественно матери, отцу же более свойственна мнительность. Вместе это образует тревожно-мнительную констелляцию черт характера родителей.

В плане воспитания авторитарность прародителей сказывается у родителей безоговорочным навязыванием своего мнения, гиперсоциализация — чрезмерной принципиальностью в отношениях с детьми, сензитивность — склонностью к образованию рудиментарных идей отношения в виде недоверчивости и настороженности к собственному опыту ребенка, к влиянию на него сверстников и воспитателей, повышенной обидчивости во взаимоотношениях с ним, ревности к вниманию другого родителя. Тревожность звучит в защите ребенка от невротически воображаемых опасностей, мнительность — в ритуально-педантичном предопределении его образа жизни. Чем выше тревожность матерей и чем они старше по возрасту, тем больше тревожность у детей, клинически проявляемая неврозом страха и неврозом навязчивых состояний. В то же время пунктуальность и педантичность отцов коррелируют со степенью выраженности у детей психомоторных расстройств (в первую очередь навязчивых тиков).

Невротическая, большей частью тревожная, основа паранойяльного настроя мотивирована травмирующим жизненным опытом родителей в прошлом, низкой степенью их самопринятия в настоящем и стремлением предотвратить подобный опыт у ребенка в будущем. В итоге паранойяльный настрой родителей представляет собой не только характерологическое, но и невротическое образование в их личности, являясь сплавом этих образований в изученных нами трех поколениях семьи.

Основная патогенная роль паранойяльного настроя родителей заключается в недоверии к возможностям ребенка, его опыту формирования «я», что приводит к неприятию его индивидуальности, несоответствию требований и ожиданий родителей реальным возможностям детей, их возрастным потребностям, наиболее адекватному для них ритму и темпу психического развития. Недоверие к формирующемуся опыту детей, неприятие их индивидуальности и несоответствие воспитания возрастным возможностям и потребностям развития вместе с

конфликтными отношениями в семье представляют собой главные психотравмирующие аспекты существования детей в семье.

Навязывание родителями своей характерологически и невротически измененной «я-концепции» и возникающий вследствие этого внутренний конфликт у детей составляет сущность психогенного механизма происхождения их невроза, когда они воспринимают навязываемый опыт как неестественный для них, несовместимый с возможностями и потребностями развития и отличающийся от норм общения, принятых среди сверстников, т. е. от «я-образа» — представления о себе, с точки зрения других. Навязанный и тем более внушенный опыт не может быть отторгнут усилием воли. Его можно пережить или, как это происходит в изучаемых нами случаях, переболеть им, когда он, подобно инородному телу, может быть отторгнут посредством невроза, выражением чего является аффект — эмоциональное расстройство.

В психологическом отношении невроз — парадоксальное средство решения проблем, реактивно-защитный способ их переработки, неосознаваемая попытка избавиться от них и обрести душевное равновесие. Неосуществимость такой попытки порождает пессимизм, неверие в свои силы и личностный регресс. Вместо присущих детям доверчивости, наивности и непосредственности развиваются недоверчивость, настороженность и страх, представляющие собой неадекватную форму приспособления к действительности, основу для тревожно-мнительного и паранойяльно-защитного развития их личности и создающие среди сверстников мнение о таких детях как о «недотрогах».

Итак, психогенные изменения формирующейся личности детей обусловлены неудачно и драматически переживаемым опытом межличностных отношений, отсутствием возможности создания приемлемой «я-концепции» с вытекающей из этого неустойчивостью самооценки, болезненно-чувствительным, эмоционально-неустойчивым и тревожно-неуверенным «я». Подобный психогенно искаженный образ «я» отличается от сложившегося образа «я», идеального стандарта и стандарта культуры и свидетельствует о невротической дезинтеграции процесса формирования личности ребенка, его маргинальной, противоречивой внутренней позиции. Невротическая дезинтеграция «я» переживается вначале как невозможность соответствовать требованиям и ожиданиям родителей и оставаться в то же время самим собой, в дальнейшем — как несоответствие нормам общения, принятым среди сверстников. Неразрешимый характер этого внутреннего противоречия как источник постоянной аффективной напряженности и беспокойства декомпенсирует защитные силы организма, его активность и жизненный тонус. В этих условиях нарастает аффективная непереносимость сложных жизненных ситуаций, обусловленная психотравмирующим жизненным опытом, беспокойством и страхом изменения «я» и проявляющаяся тревожно-мнительным, аффективно-нетерпеливым и защитно-эгоцентрическим стереотипом личностного реагирования.

В результате невроз как болезненно-защитная форма реагирования на аффективно переживаемые и неразрешимые проблемы развития, выражения и признания своего «я» снижает творческий, эмпатический потенциал личности, осложняет адаптацию среди сверстников и затрудняет дальнейшее принятие ролей.

Ключевыми вопросами патогенеза являются тесно связанные между собой паранойяльный настрой родителей, страх изменения «я» у детей и неразрешимая для них проблема «быть собой среди других». Если паранойяльный настрой родителей проявляется недоверием к детям, то следствием этого будет недоверие детей к себе, выражающееся неуверенностью в своих силах и возможностях. Неверие в себя, иначе низкий уровень самопринятия, порождает недоверие к другим, к новому опыту, неспособность к переменам, что находит свое отражение в страхе изменения «я». Недоверие к себе (неуверенность) и недоверие к другим (страх изменения «я») создают неразрешимую для личности проблему «быть собой среди других».

Основанная на патогенезе неврозов психотерапия направлена на восстановление и укрепление психического единства личности в процессе семейной, индивидуальной и групповой психотерапии.

Задача семейной психотерапии заключается в восстановлении функционального единства семьи посредством нормализации отношений и психического здоровья ее членов. В первую очередь это относится к родителям, психотерапия у которых проводится одновременно с психотерапией у детей. Вместе с формированием

оптимального настроения родителей на лечение, изменением их взглядов на воспитание и сотрудничество с врачом в разрешении ряда семейных проблем это создает необходимые предпосылки для психотерапии детей.

Задача индивидуальной психотерапии состоит в достижении психического единства и актуализации возможностей развития посредством перестройки отношений, разрешения внутреннего конфликта, устранения блокирующих личностное развитие страха изменения «я», неуверенности в себе и болезненного перенапряжения психофизиологических ресурсов организма. Действенность психотерапевтического вмешательства, включая внушение, объясняется принципиально обратимым характером невротических расстройств, когда усиление здорового «я», адаптивных систем организма в процессе психотерапии сопровождается ослаблением и отторжением болезненного «я», клинических проявлений невроза, укрепляя тем самым ядро личности и ее психическое единство. Интеграции «я» способствует доверие врача и родителей к больному. Вместе с улучшением самочувствия это развивает доверие к себе и отзывчивость к другим, что создает веру в себя, выражаемую уверенностью в своих силах и возможностях, решительностью в действиях. В результате индивидуальной психотерапии развивается умение контролировать чувства и владеть собой.

Необходимым условием для проведения групповой психотерапии является позитивная динамика личностных изменений при индивидуальной психотерапии ввиду улучшения нервно-психического состояния больного, в первую очередь уменьшения возбудимости, астении и психомоторных расстройств, разрешения в основных чертах внутреннего конфликта, развития доверия к себе и уверенности в своих силах. Задача групповой психотерапии заключается в укреплении психического единства личности посредством нормализации межличностных отношений. Обучающей моделью адаптивного взаимодействия служит сама психотерапевтическая группа, состоящая вначале из сверстников, а затем из сверстников и взрослых.

В рассматриваемом значении психотерапия означает не возврат к прошлому, а свободу от его посягательств на настоящее и будущее снятием зафиксированных в прошлом опыте страхов и тревог, уверенность в себе и одновременно в своей способности соответствовать другим, быть среди них. В этом плане особое значение приобретает коррекция недоверия родителей к детям (в процессе семейной психотерапии), недоверия детей к себе (в процессе индивидуальной психотерапии), недоверия к другим, выражаемого страхом изменения «я» в процессе групповой психотерапии, что приводит к разрешению личностной проблемы «быть собой среди других».

Таким образом, семейная, индивидуальная и групповая психотерапия представляет стадии единого, системно понимаемого психотерапевтического процесса, направленного на восстановление и укрепление психического единства личности посредством нормализации отношений в семье (семейная психотерапия), разрешения внутреннего конфликта (индивидуальная психотерапия) и налаживания отношений со сверстниками (групповая психотерапия). Итогом психотерапевтического процесса является нормализация психического функционирования и актуализация возможностей личностного развития в социальном контексте отношений.

Без оказания соответствующей психотерапевтической помощи психогенные нарушения в формировании личности детей становятся устойчивыми, эгоцентрически заостренными и тормозимыми чертами характера, что способствует появлению у них в дальнейшем под влиянием тех или иных жизненных трудностей аффективно неразрешимых проблем общения и понимания других людей, которые, в свою очередь, могут оказывать неблагоприятное воздействие на взаимопонимание в браке и воспитание детей. Разорвать этот замкнутый круг можно только широким комплексом социальных, медико-педагогических, психопрофилактических и психотерапевтических мероприятий, включая дальнейшее развитие специализированной службы семьи и организацию направленной психотерапевтической помощи детям и подросткам.

Литература.

- Аркин Е. А. Ребенок в дошкольные годы. — М., 1968.
- Асатиани Н. М. Психотерапия невроза навязчивых состояний. — В кн.: Руководство по психотерапии/Под ред. В. Е. Рожнова. — М., 1974, с. 189-197.
- Балинский И. М. Лекции по психиатрии. — Л., 1958.
- Бассин Ф. В., Рожнов В. Е., Рожнова М. А. Психическая травма. — В кн.: Руководство по психотерапии/Под ред. В. Е. Рожнова. — Ташкент, 1979, с. 24—43.
- Бехтерев В. М. Вопросы воспитания в возрасте первого детства. — СПб 1909.
- Бехтерев В. М. Внушение и воспитание. — СПб., 1912.
- Блей Е. А. Психогении в раннем детском возрасте. — Журн. невропатол. и психиатр., 1940, в. 12, с. 56—61.
- Бодалев А. А. Восприятие человека человеком. — Л., 1965.
- Булахова Л. А., Уманская Н. М., Кузнецов В. Н. Роль психогенных факторов и резидуально-органической церебральной недостаточности в возникновении заикания. — В кн.: 4-й симпозиум детских психиатров социалистических стран. — М., 1976, с. 21—26.
- Бурно М. Е. Внушение и самовнушение. — В кн.: Руководство по психотерапии/Под ред. В. Е. Рожнова. — М., 1974, с. 84—90.
- Буянов М. И. Об узловых вопросах организации психотерапевтической помощи детям и подросткам. — В кн.: Материалы 3-й Всеросс. конф. по неврологии и психиатрии детского возраста. — М., 1971, с. 189-191.
- Буянов М. И. Психотерапия неврозов у детей и подростков (суггестивные и тренировочные методики). — М., 1976.
- Буянов М. И. Клиника и лечение энуреза в детском возрасте. Методические рекомендации. М., 1977.
- Буянов М. И., Драпкин Б. З. Основные тенденции современной психотерапии детей и подростков, страдающих неврозами. — В кн.: Вопросы психотерапии. — М., 1977, с. 102—106.
- Вешапели Н. Г. Место психотерапии в лечебно-педагогической практике детского психиатра. — В кн.: Вопросы психиатрии. — М., 1958, с. 154-157.
- Винкшна И. А. К характеристике системы отношений личности больных, страдающих неврозами. — В кн.: Клинико-психологические исследования личности. — Л., 1971, с. 87—89.
- Винкшна И. А. Об использовании экспериментально-психологических методов для оценки эффективности психотерапии больных неврозами. — В кн.: Проблемы медицинской психологии. — Л., 1976, с. 232-234.
- Виш И. М. Опыт лечения неврозов и невроподобных состояний у детей школьного возраста. — В кн.: Неврозы. — Харьков, 1974, с. 219-220.
- Власов В. Н. Проблема адаптации детей в дошкольном детском коллективе. — В кн.: Медико-психологические аспекты реабилитации детей с психическими нарушениями. — Л., 1978, с. 139—142.
- Волкова Г. А. Коррекционная работа с заикающимися детьми дошкольного возраста по системе игр. — В кн.: Педагогические пути устранения речевых нарушений у детей. — Л., 1976, с. 26—58.
- Вольперт И. Е. Психотерапия. — Л., 1972.
- Гарбузов В. И. К вопросу об особенностях невроза навязчивых состояний у детей и подростков. — В кн.: Психические заболевания. — Л., 1970 с., 190-194.
- Гарбузов В. И. Особенности психотерапии в семье с единственным ребенком, страдающим неврозом. — В кн.: Семейная психотерапия при нервных и психических заболеваниях. — Л., 1978, с. 87-93.
- Гарбузов В. Н. и др. Неврозы у детей и их лечение. Л., 1977.
- Гелина Л. И. Психотерапия и гипноз в практике детского отделения психоневрологической больницы. — В кн.: Учение И. П. Павлова в лечебной практике психоневрологической больницы. — М., 1954, с. 56-61.

Гиляровский В. А. Узловые моменты в проблеме неврозов. — Сов. невропатол., психиатр, и психогиг., 1934, в. 2—3, с. 74—86.

Гиляровский В. А. Психиатрия. — М., 1938.

Головань Л. И. Клинические особенности невротических расстройств у детей с задержкой психического развития. — В кн.: 4-й симпозиум детских психиатров социалистических стран. — М., 1976, с. 195-199.

Голубева Л. Г., Гриднева Т. В. и Тонкова-Ямпольская Р. В. О возникновении преневротических расстройств у детей раннего возраста. — Журн. невропатол. и психиатр., 1974, в. 10, с. 1525—1527.

Гольбин А. Ц. Патологический сон у детей. — Л., 1979.

Грибоедов А. С. Детская психопатология и лечебная педагогика. — Л., 1926.

Губачев Ю. М., Либих С. С. Основы психосоматических отношений в клинике внутренних болезней. Психотерапия при соматических заболеваниях. Учебное пособие по терапии. — Л., 1977.

Гуськов В., Мягков И. Ф. Психотерапия при реактивных состояниях и неврозах детского возраста. — В кн.: Вопросы психотерапии. — М., 1966, с. 73-74.

Давиденков С. Н. Основы профилактики и невроза. — Клин, мед., 1954, № 3, с. 3-8.

Дмитриева Н. В. К вопросу об особенностях психотерапии неврозов в детском возрасте. — В кн.: Вопросы психотерапии в общей медицине и психоневрологии. — Харьков, 1968, с. 399—401.

Драпкин Б. З. Некоторые особенности гипнотерапии в детском и подростковом возрастах. — В кн.: Вопросы психотерапии. — М., 1966, с. 41-43.

Драпкин Б. З. Предупреждение и лечение заикания. — М., 1968.

Драпкин Б. З. Психотерапия в комплексном лечении больных заиканием подростков. — В кн.: Тезисы докладов конф. по психотерапии. — М., 1973, с. 60-64.

Драпкин Б. З., Трифонов О. А. Лечебная педагогика при некоторых психических заболеваниях у детей и подростков. — В кн.: Психиатрия детского возраста. — М., 1979, с. 585—602.

Дьякова Н. Н. Нервно-возбудимые дети и их воспитание. — М., 1929.

Захаров А. И. Социально-психологические особенности групповой психотерапии детских неврозов. — В кн.: Экспериментальная и прикладная психология. Вып. 4. — Л., 1971, с. 33—38.

Захаров А. И. К изучению роли аномалий семейного воспитания в патогенезе неврозов детского возраста. — В кн.: Неврозы и пограничные состояния. — Л., 1972, с. 53—55.

Захаров А. И. Динамика семейной психотерапии в клинике неврозов детского возраста. — В кн.: Психотерапия при нервных и психических заболеваниях. — Л., 1973, с. 120—127.

Захаров А. И. К психотерапии невротических реакций страха в раннем детском возрасте. — В кн.: Третий Всеросс. съезд невропатологов и психиатров, т. 2. — М., 1974, с. 246—249.

Захаров А. И. Предпосылки патогенетически обоснованной семейной психотерапии детей с невротическими расстройствами. — В кн.: Семейная психотерапия при нервных и психических заболеваниях. — Л., 1978, с. 75—86.

Захаров А. И. Групповая психотерапия при неврозах детского возраста. Методические рекомендации. — Л., 1979.

Зачеицкий Р. А. и Яковлева Е. К. Роль неправильного воспитания в происхождении неврозов. — М., 1960.

Иванов Н. В. К вопросу об особенностях психотерапии патологических влечений в детском возрасте. — В кн.: Вопросы детской психоневрологии. — М., 1958, с. 274—234.

Иогихес М. И. Неврозы в детском возрасте. — М., Л., 1929.

Кабанов М. М. Психотерапия и медицинская психология. — В кн.: Психологические проблемы психогигиены, психопрофилактики и медицинской деонтологии. — Л., 1976, с. 53—55.

Каганова Э. Д. Организация детского коллектива и работа врача в нем как один из методов психоневрологической диспансеризации. — Охрана здоровья детей и подростков. — М., 1933, № 5-6, с. 32-38.

Карандашева Э. А. и Мурзенко В. А. К клинко-психологической и биохимической характеристике фобического синдрома у больных неврозами. — В кн.: Неврозы и пограничные состояния. Л., 1972, с. 49-53.

Карвасарский Б. Д. Неврозы. М., 1980.

Карвасарский Б. Д., Шурина Г. И., Мурзенко В. А. и др. Диагностика и психотерапия неврозов в условиях специализированного отделения. Методические рекомендации. — Л., 1979.

Каубиш В. К., Нечаев М. Л. Групповая психотерапия в условиях детского психиатрического отделения. — В кн.: Медико-психологические аспекты реабилитации детей и подростков с психическими заболеваниями. — Л., 1978, с. 68—73.

Каценельсон Ф. Я., Горелик Е. И. Опыт применения психотерапии в детском возрасте. — В кн.: Вопросы психотерапии. — М., 1958, с. 160-164.

Кириченко Е. И., Журба Л. Т. Клинко-патогенетическая классификация невропатии у детей раннего возраста. — В кн.: 4-й Симпозиум детских психиатров социалистических стран. — М., 1976, с. 223-227.

Ковалев В. В. Психогенно обусловленные формы патологии поведения у детей и подростков. — В кн.: Вопросы изучения детей с отклонениями в развитии — М., 1968, с. 119—132.

Ковалев В. В. Неврозы и реактивные состояния в свете динамического изучения. — В кн.: Неврозы и их лечение. — Л., 1969, с. 221—226.

Ковалев В. В. Основные принципы и особенности психотерапии детей и подростков. — В кн.: Вопросы психотерапии. — М., 1972, с. 32-40.

Ковалев В. В. Психиатрия детского возраста. — М., 1979.

Ковалев В. В., Буянов М. И. Основы психотерапии детей и подростков. — В кн.: Психиатрия детского возраста. — М., 1979, с. 562—584.

Ковалев В. В., Шевченко К. С. Невроз навязчивых состояний у детей и подростков. Методические рекомендации. — М., 1980.

Козлов В. П. Профилактика и психотерапия фобических состояний у детей. — В кн.: Проблемы психопрофилактики нервных и психических расстройств. — Л., 1976, с. 24—27.

Козлов В. П. Коррекция одностороннего воспитания детей в семье. — В кн.: Семейная психотерапия при нервных и психических заболеваниях. — Л., 1978, с. 93—96.

Коган А. Г. Лечебная педагогика в детском санатории. — Л., 1977.

Конончук Н. В. О патогенетическом значении различий в формах реагирования в ответ на жизненные трудности. В кн.: Проблемы психопрофилактики нервных и психических расстройств. — Л., 1976, с. 68-72.

Консторум С. И. Опыт практической психотерапии. — М., 1962.

Красногорский Н. И. Труды по изучению высшей нервной деятельности человека и животных, т. 1. — М., 1954.

Кудрявцева В. П. Два основных принципа психотерапии и лечебной педагогики в детском возрасте. — В кн.: Тезисы Всесоюзн. научно-практ. конф. по психиатрии детского возраста. — М., 1957, с. 38—39.

Кудрявцева В. П. О психотерапии у детей со слабой нервной системой. — В кн.: Вопросы психотерапии. — М., 1958, с. 147—154.

Кулаков В. Психология внушения. — Иваново, 1978.

Лакосина Н. Д. Клинические варианты невротического развития. — М., 1970.

Лакосина Н. Д. Некоторые особенности психотерапии в пограничной психиатрии. — В кн.: 6-й Всесоюзный съезд невропатологов и психиатров, т. 1. — М., 1975, с. 495—497.

Ласков Б. И., Креймер А. Я. Энурез. — М., 1975.

- Либих С. С.* Коллективная психотерапия неврозов. — Л., 1974.
- Липгарт Н. К.* Современные методы лечения больных с неврозами. Методические рекомендации. — Харьков, 1974.
- Личко А. Е.* Психопатии и акцентуации характера у подростков.—Л.: Медицина, 1977.
- Личко А. Е.* Особенности психотерапии подростков в зависимости от типа акцентуации характера. — В кн.: 3-й Междунар. симпозиум социалистических стран по психотерапии. — Л., 1979, с. 156-158.
- Личко А. Е.* Подростковая психиатрия. —Л., 1979.
- Личко А. Е., Скроцкий Ю. А., Эйдемиллер Э. Г.* Психотерапия при психопатиях и акцентуациях характера у подростков. — В кн.: Вопросы психотерапии. — Харьков, 1977, с. 115—118.
- Макаренко А. С.* Методика организации воспитательного процесса. — М., 1950.
- Местиашвили М. Г.* К психологической природе постгипнотического внушения. — В кн.: Вопросы психотерапии. — М., 1966, с. 54.
- Мишина Т. М.* Психологическое исследование супружеских отношений при неврозах. — В кн.: Семейная психотерапия при нервных и психических заболеваниях. — Л., 1978, с. 13—20.
- Мохина И. В.* К вопросу о психологии межличностных отношений в браке. — В кн.: Психология и медицина. — М., 1978, с. 411-413.
- Мягер В. К.* Критерии эффективности психотерапии. — В кн.: Клинико-психологические исследования личности. —Л., 1971, с. 237-239.
- Мягер В. К.* Общие принципы и методика семейной психотерапии у больных неврозами. — В кн.: Тезисы докладов конф. по психотерапии. — М., 1973, с. 83—87.
- Мягер В. К.* Дизидеальные нарушения и неврозы. — Л., 1976.
- Мягер В. К. и Мишина Т. М.* Семейная психотерапия при неврозах. Методические рекомендации. — Л., 1976.
- Мясищев В. Н.* Личность и неврозы. — Л., 1960.
- Мясищев В. Н.* Значение проблемы неврозов, ее современное состояние и задачи ее разработки. — В кн.: Пограничные состояния. — М., 1965, с. 15-23.
- Мясищев В. Н.* Развитие учения о неврозах и психотерапии. — В кн.: Вопросы психиатрии и невропатологии. — Л., 1968, с. 64—72.
- Мясищев В. Н.* Психотерапия как система средств воздействия на психику человека в целях восстановления его здоровья. — В кн.: Психотерапия при нервных и психических заболеваниях. — Л., 1973, с. 7-20.
- Мясищев В. Н. и Карвасарский Б. Д.* Некоторые теоретические и практические выводы из изучения 1000 больных отделения неврозов. — Журн. невропатол. и психиатр., 1967, в. 6, с. 897—900.
- Немчин Т. Л.* Клинические особенности страха при неврозах. — В кн.: Вопросы психиатрии и невропатологии. — Л., 1965, с. 209-217.
- Обозов Н. Н.* Межличностные отношения. — Л., 1979.
- Озерецкий Н. И.* Психопатология детского возраста. — М.; Л., 1934.
- Остова Е. А.* К вопросу о значении возрастного фактора в построении психических отклонений в дошкольном возрасте. — Сов. невропатол., психиатр, и психогиг., 1932, в. 8, с. 377—385.
- Остова Е. А. и Ижболдина О. Ф.* К вопросу о психогигиенической и психопрофилактической работе в массовом детском саду. — В кн.: Вопросы психоневрологии детей и подростков. — М., 1934, с. 180-198.
- Пакшвер И. Г.* О различных методах лечебно-педагогического воздействия при невротических и психопатоподобных состояниях у детей и подростков. — В кн.: Материалы 3-й Всеросс. конф. по невропатологии и психиатрии детского возраста. — М., 1971, с. 271-272.
- Певзнер М. С.* Некоторые вопросы организации лечебно-педагогической работы. — В кн.: Вопросы психиатрии детского возраста. — М., 1962, с. 204-210.
- Пивоварова Г. Н.* Затяжные реактивные состояния у детей и подростков. - М., 1962.

- Пивоварова Г. Н. и Симеон Т. П.* Неврозы детского и подросткового возраста. — В кн.: Неврозы. — Петрозаводск, 1956, с. 58—64.
- Платонов К. И.* Слово как физиологический и лечебный фактор. — М., 1962.
- Рожнов В. Е.* Лекции по психотерапии. — М., 1971.
- Рожнов В. Е., Лившиц Л. С.* Лечебные внушения в парадоксальной фазе естественного сна. — В кн.: Тезисы докладов конф. по психотерапии. — М., 1973, с. 97-101.
- Рожнов В. Е., Драпкин Б. З.* Особенности психотерапии детей и подростков. — В кн.: Руководство по психотерапии. — М., 1974, с. 259-272.
- Руководство по психотерапии/Под ред. В. Е. Рожнова. — М., 1974.
- Самойленко Н. С.* Применение ритмики при работе с нервно-больными людьми. — В кн.: Психопатология и психопрофилактика детского возраста. — М., 1929, с. 108—115.
- Симеон Т. П.* Реактивные состояния и патологические развития личности в раннем детском возрасте. — Сов. невропатол., психиатр, и психогиг., 1934, в. 1, с. 121 — 138.
- Симеон Т. П.* Реактивные состояния у детей, бывших в условиях оккупации. — Невропатол. и психиатр., 1944, в. 3, с. 40—45.
- Симеон Т. П.* Неврозы у детей, их предупреждение и лечение. — М., 1958.
- Симеон Т. П., Модель М. М. и Гальперин Л. И.* Психоневрология детского возраста. — М., 1935.
- Социальная адаптация детей в дошкольных учреждениях. — М., 1980.
- Спиваковская Л. С.* Нарушения игровой деятельности. — М., 1980.
- Стрельчук И. В.* О некоторых физиологических механизмах гипнотерапевтического воздействия. — В кн.: Вопросы психотерапии. — М., 1966, с. 27-29.
- Сухарева Г. Е.* Опыт лечебной педагогики. — Педологич. журн., 1924, № 3/6, с. 95-106.
- Сухарева Г. Е.* Клинические лекции по психиатрии детского возраста, т. 2.-М., 1959.
- Сухарева Г. Е., Лапидес М. И.* О работе психоневрологического кабинета для детей и подростков при психоневрологическом диспансере и детской поликлинике. — М., 1959.
- Сухарева Г. Е. и Юсевич Л. С.* Психогенные патологические реакции (неврозы). — В кн.: Многотомное руководство по педиатрии, т. 8.-М., 1965, с. 332-352.
- Ташлыков В. А.* Клинико-экспериментальное исследование взаимоотношений врача и больного в процессе психотерапии. — В кн.: Неврозы и пограничные расстройства. — Л., 1972, с. 38—43.
- Токарский А. А.* Гипнотизм в педагогике. — М., 1895.
- Трифонов О. А.* К динамике неврозов, начавшихся в детском возрасте. — В кн.: Клиническая динамика неврозов и психопатии. — М., 1967, с. 87-101.
- Тупицын Ю. Я.* Клинико-психологические аспекты диагностики и лечения истерии. — В кн.: Психотерапия при нервных и психических заболеваниях. — Л., 1973, с. 86—91.
- Ушаков Г. К.* Профилактика нервно-психических расстройств у детей. — М., 1966.
- Ушаков Г. К.* Детская психиатрия. — М., 1973.
- Файнберг С. Г.* К патогенезу реактивных состояний у детей. — В кн.: Вопросы детской психоневрологии. — Л., 1961, с. 333—338.
- Файнберг С. Г.* Особенности психотерапии у детей. — В кн.: Тезисы докладов конференции по психотерапии. — М., 1973, с. 127-131.
- Федоров А. П.* Эффективность лечения больных неврозами и ее клинико-психологические критерии. — В кн.: Проблемы медицинской психологии. — Л., 1976, с. 299—301.
- Харитонов Р. А., Хрипкова Л. М.* Две психологические игровые методики в клинике детской психиатрии. — В кн.: Психологические проблемы психогигиены, психопрофилактики и медицинской деонтологии. — Л., 1976, с. 130—132.
- Шварц И. Е.* Внушение в педагогическом процессе. — Пермь. 1971.

Шевченко Ю. С. Опыт организации амбулаторного психотерапевтического приема детей и подростков. — В кн.: IV симпозиум детских психиатров социалистических стран. — М., 1976, с. 375—378.

Эльконин Д. Б. Психология игры. — М., 1978.

Эйдемиллер Э. Г. Особенности семейной психотерапии в подростковой психиатрической клинике. — В кн.: Психотерапия при нервных и психических заболеваниях. — Л., 1973, с. 110—120.

Яковлева Е. К. Патогенез и терапия невроза навязчивых состояний и психастении. — Л., 1958.

Abramovitz C. V. The Effectiveness of Group Psychotherapy with Children. — Arch. Gen. Psychiat., 1976, v. 31, N 3, p. 320-326.

Ackerman N. W. The Psychodynamics of Family Life: Diagnosis and Treatment of Family Relationships. — N. Y., 1958.

Adler A. Ober Den Nervosen charakter. — Munchen, 1928.

Adler A. Die Technic der individual Psychologie. Erster Teil. — Munchen, 1928; Zweiter Teil.-Munchen, 1930.

Alien F. Psychotherapy with children.—N. Y., 1942.

Anderson H., Marrone R. T. Group Therapy for Emotionally Disturbed Children; A Key to Effective Education.—Am. J. Orthopsychiat., 1977, v. 47, N 1, p. 97-103.

Axline V. M. Play therapy.—Boston, 1947.

Bandura A. Principles of Behaviour Modification.—N. Y., 1969.

Beal Cl. Utilisation de l'expression corporelle dans un but psychothcrapique. — Rev. Neuropsychiat. infant., 1971, v. 19, N 9—10, p. 565-571.

Bell J. E. Family Group Therapy. - N. Y. 1957.

Berge A. Psychotherapie du groupe familial — Rev. Neuropsychiat. infant 1965, t. 13, N 9, p. 652-657.

Bouchal M., Dufkova D., Robes M. Thematicka psychoterapeuticka skupina. — Cesk. psyciat., 1973, N 3. 1. 163-170.

Bromwich R. M. Focus on Maternal behaviour in infant intervention.—Am. J. Orthopsychiat., 1976, v. 46, N 3, p. 439—446.

Buckle D., Lebovici S. Ребенок в семье. — В кн.: Семейная психиатрия и проблемы психогигиены в Европе. ВОЗ, т. 28.—Женева, с. 41—48.

Carroll E. I. Treatment of the Family as a Unit.—Pensilv. Med. J. 1960 v. 63, p. 57-62.

Carman I. De la possibilite chez l'enfant d'une psychotherapie par ie jeu sans interpetation.—Rev. Neuropsychiat. infant., 1973, t. 21, N 9, p. 543-550.

Cosnier L, Kohler C., Bonnefov S. A propos d'une experience de psychanalyse dramatique de groupe chez l'enfant.—Rev. Neuropsychiat. infant., 1971, t. 19 N 9-10, p. 498-517.

Dellaert R., Nultin B. L'expression corporelle spontancc de themes librement choisis.—Rev. Nevropsychiat. infant., 1969, t. 17, N 6—7, p. 435—442.

Duche I. D. Psychotherapies de l'enfant — Paris, 1967.

Erikson E. H. Toys and reasons. In: Child psychotherapy: practice and theory/ Ed. M. R. Haworth—N. Y., 1964, p. 3-11.

Erikson E. II. Identity: Youth and Crisis.-N. Y., 1968.

Eysenck H. Learning theory and behaviour therapy.—J. Med. Sci. 1959 v. 105, p. 61-75.

Frank J. D. Jak leery psychotherapia. — Psychotherapia, Krakow, 1977, b. 20 c. 3-10.

(Freud S.) Фрейд З. Лекции по введению в психоанализ. Вып. 1—2. Пер. с нем.—М., 1922.

Freud S. New introductory lectures on psychoanalysts (1932—1933).-Compl. Psychol. Works, 1944, v.22, p. 1-182.

Freud S. The Psycanalytical Treatment of a Child. Lectures and EssaysGardner R. A. Dramatized Slorylelling in Child Psychotherapy.—Acta paedopsychiat., 1975, v. 41, N 3, p. 110—116.

Ginott H. O. Group Psychotherapy with Children—N. Y., 1961. uraham Ph. Management in Child Psychiatry: Recent Trends.—Brit. J. Psvchiat., 1976, v. 129, p. 97-108.

- Hagman R. R.* A study of fears of children of preschool age.—J. exp. Educ 1932, N1, p. 110-130.
- Horney K.* Neurosis and Human Growth.—N. Y., 1950.
- Howells I. O.* Theory and Practice of Family Psychiatry.—Edinburg, 1968.
- (Hug-Helmuth И.) Гуг-Гельмут Г. Новые пути к познанию детского возраста. Пер. с нем. — Л., 1926.
- Jones M. C.* The elimination of children's fears.—J. exp. Psych., 1924, N 7, p. 382-390.
- Jung C. G.* Analytical Psychology. Its Theory and Practice. — N. Y., 1970.
- Kessterl. W.* Psychopathology of childhood,—N. Y., 1966.
- Klein M.* Die Psychoanalyse des Kindes — Basel, 1971.
- Krauss C., Scholz V., Knopfel M.* Konfliktspiel und dessen Modifizierung im Behandlungsverlauf von Kindern.—Psychiat. Neurol. med. Psychol., (Lpz.), 1977, N 10, S. 606-609.
- (Kretschmer E.) Кречмер Э. Медицинская психология. Пер. с нем.—М., 1927.
- Krevelen D. A.* On the Use of the Family Drawing Test. — Acta paedopsychiat., 1975, v. 41, N3, p. 104-109.
- Lamontague V.* La therapie comportementale en psychiatrie infantile.—Rev. Neuropsychiat. infant., 1975, t. 23, N 5—6, p. 249—266.
- Lebovici S.* Psychodrama as applied to adolescents.—J. child, psychol. psychiat., 1961, N 1, p. 298-305.
- Lehmann G.* Erfahrungen mit dem Stegreifmarchenspiel im Rahmen der klinischen Psychotherapie — Psychiat. Neurol. med. Psychol. (Lpz.), 1968, N 10, S. 374-380.
- Levy D. M.* Release therapy.—Am. J. Orthopsychiat., 1939, N 9, p. 913-936.
- (Mayor A.) Майер А. Проблема преподавания психиатрии на основе генетически динамического направления.—Сов. психоневрол., 1934, в. 2, с. 17—31.
- Male P., Girard-Doumic A., Benhamon F.* L'Abord la Technique et l'importance des psychotherapies du premier age.—Rev. Neuropsychiat. infant., 1969, t. 17, N 12, p. 847-850.
- Monod M., Basse J.* Psychotherapie de groupe aupres d'adolescents presentant des troubles de expression.—Rev. Neuropsychiat. infant., 1965, v. 13, N 12, p. 867-872.
- Moreno J. L.* Group psychotherapy — N. Y., 1946.
- Moustakas C. E.* Psychotherapy with children. The Living Relationship.—N. Y., 1970.
- Pearson G.* Emotional disorders of children.—N. Y., 1949.
- Rogers C., Kinget O. M.* Psychotherapie et relations humaines. Theoric et pratique de la therapie non-directive. — Louvain — Paris, 1965.
- (Rousseau) Руссо Ж. Ж, Эмиль, или О воспитании. Пер. с франц.—1896.
- (Sandler I.) Сандлер И. Гемпстедская детская клиника. — В кн.: Семейная психиатрия и проблемы психогигиены в Европе. ВОЗ, т. 28, Женева, 1966, с. 128-143.
- Schachter R. S.* Kinetic Psychotherapy in the treatment of Child. — Am. J. psychother., 1974, v. 28, N 3, p. 430-437.
- Slavson S. R.* An introduction to group therapy. — N. Y., 1943.
- Skygger A. C.* Systems of Family and Marital Psychotherapy.—N. Y., 1976.
- Spiel W.* Therapie in der Kinder — und jugendpsychiatrie — Stuttgart, 1976.
- Sullivan H. S.* The Interpersonal Theory of Psychiatry. — N. Y., 1953.
- Testemale G., Monod M., Widlocher D.* Psychotherapie d'enfants et d'adolescents par le psychodrame.—Rev. Neuropsychiat. infant., 1971, t. 19, N 9-10, p. 485-495.
- (Volgyesi F. A.) Вельдеша Ф. А. Гипнотерапия при нарушениях органического и психического происхождения у подростков.—Журн. невропатол. и психиатр., 1965, в. 7, с. 1097—1099.
- Vitell-Bourgois E.* A propos d'une methode de psychotherapie de l'enfant prodiguee par la mere elle-meme, sur un mode de satisfaction regressives et sous controle d'une psychotherapie.—Paris, 1962.
- Wolpe J.* Psychotherapy by Reciprocal Inhibition.—Stanford, 1958.